Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik Tübingen.

Ueber die

Drainage der Beckenbauchhöhle

auf Grund von

315 diesbezügl. Fällen aus der Frauenklinik Tübingen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Professor Dr A. Doederlein

o. ö. Professor der Geburtshilfe, Vorstand der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik zu Tübingen etc.

der medizinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

Heinrich Sieber

Assistenzarzt an der chirurgischen Abteilung des Augusta-Hospitals in Berlin.

Tübingen

Verlag von Franz Pietzcker

1903.

Gedruckt mit Genehmigung
der medicinischen Fakultät der Universität Tübingen.
Referent: Professor Dr Döderlein.
Juli 1903.

Druck von O. Riecker's Buchdruckerei (A. & S. Weil) in Tübingen.

Eine Drainage von Wund- und Körperhöhlen kannte man schon im Altertum. Hippokrates (um 400 v. Chr.) empfahl, in Fällen von Flüssigkeitsansammlung in der Bauchhöhle die Flüssigkeit durch den Nabel zu entleeren und die dort gesetzte Oeffnung zu erhalten, bis sich keine Flüssigkeit mehr ansammle. Celsus (um Christi Geburt) legte mit Aetzmitteln eine Oeffnung in der Abdominalwand an, damit sich jene nicht so leicht wieder schliesse und die Flüssigkeit sich längere Zeit entleeren könne. Im Mittelalter ist dann die Drainage so gut wie in Vergessenheit geraten und erst in der Mitte des 19. Jahrhunderts erinnerte man sich wieder ihrer.

Zuerst war es Chassaignac, der 1851 auf chirurgischem Gebiet verschiedene Versuche über den Nutzen der Drainage anstellte und für die Ableitung von Wundsekret und anderen Flüssigkeiten den Namen »Drainage« einführte.

Auf gynäkologischem Gebiet war Peaslee der erste, der für die Drainage eintrat und zugleich eine prophylactische Drainage vorschlug. Im Jahr 1856 berichtet er über einen Fall von Ovarialkystom mit Ascites[1]), wo er von der Vagina aus punktierte und in der Stichwunde eine elastische Röhre liegen liess. Nach einigen Tagen machte er die Laparatomie. Er führte die Ligaturen des Stiels neben der Röhre in der Vagina heraus. Die Röhre blieb noch eine Zeit lang liegen und wurde auch zu Ausspülungen benutzt. Nach 46 Tagen war vollständige Heilung eingetreten.

Im Jahr 1859 berichtete Chassaignac[2]) über 796 Krankengeschichten, bei denen eine Trockenlegung von Eiterherden durch gefensterte Kautschukröhren, sowohl bei einfachen Abscesshöhlen als bei Congestionsabscessen, bewerkstelligt wurde. Dieses sein Heilverfahren fand aber keine günstige Aufnahme.

---

[1]) Ovariengeschwulst mit Ascites, Operation, Heilung. von Peaslee. Amer. Journ. Jan. 1856. Referat in Schmidts Jahrbüchern. 1856. Bd. 91.

[2]) Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical. Paris 1859. Ref. in Schmidts Jahrbüchern 1860. Bd. 107.

1865 empfahl Koeberlé, durchbrochene Glasröhren zur Drainage zu verwenden. Auch Keith in Edinburg machte im selben Jahr den gleichen Vorschlag.

Marion Sims ging soweit, dass er 1872 die Forderung aufstellte, nach allen Ovariotomieen zu drainieren. Dadurch könnten viele schweren Fälle vermieden werden, wenn ohne Ausnahme sofort prophylaktisch drainiert würde. Er benützte ein gläsernes Vaginalrohr.

Von dieser Zeit ab hat die Drainage das allgemeine Interesse gewonnen und es folgen nun eine Menge Abhandlungen und Aussprachen über den Wert der Drainage. Aber so zahlreich die Aeusserungen, so verschieden sind die Anschauungen, zumal da sich mit dem Eintritt in die antiseptische und bald darauf aseptische Zeit die Sachlage doch ziemlich ändert.

Prof. von Nussbaum[1]) teilte den Standpunkt von Sims und empfahl 1874 ebenfalls nach jeder Ovariotomie zu drainieren. Er sieht die häufigste Ursache der Todesfälle in einer Septicämie, die durch Zersetzung eines in der Bauchhöhle angesammelten Exsudats hervorgerufen würde. Deshalb hält er die Drainage von der tiefsten Stelle der Bauchhöhle, der Excavatio recto-uterina aus für geboten und benützt zugleich das Drainrohr zu Ausspülungen mit Carbollösung.

Im gleichen Jahr berichtet Beckhaus[2]) über einen Kystomfall, bei dem die Ovariotomie gemacht wurde. Während der Operation platzte die Cyste und ein Teil des schmutzig-grauen Inhalts lief in die Bauchhöhle. Er legte ein Drainrohr ein, das vom unteren Wundwinkel hinter dem Uterus durch den Douglas in die Vagina ging.

Durch dasselbe machte er Ausspritzungen mit 45 % Karbolsäure. Pat. erholte sich zusehends, bis das Drainrohr entfernt wurde. Gleich darnach heftige Schmerzen und Schüttelfröste. Diese Symptome verschwanden nach Wiedereinlegen des Drains. Jetzt trat aber Oedem der Beine, Erbrechen und Durchfall ein. An der Stelle des Drainrohrs bildete sich eine Kotfistel. 2 Monate nach der Operation Exitus. Sektionsbefund waren abgekapselte

[1]) Die Drainagierung der Bauchhöhle u. die intraperitonäale Injection. Centr. f. Chir. 1874.

[2]) Ueber den Nutzen der Drainage nach der Ovariotomie. Gött. 1874.

peritonitische Herde. Verf. hält im Allgemeinen die Drainage für wertvoll, glaubt aber, dass ihre Technik noch manche Nachteile besitze.

Kurz darauf tritt O. Spiegelberg[1]) warm für die Drainage ein. Er berichtet über einen Ovarialkystomfall, bei dessen Operation die Cyste platzte, und wo dann wegen der Verunreinigung mit Cysteninhalt die Bauchhöhle drainiert wurde. Der sehr gefässreiche Stiel wurde wegen grosser Spannung im unteren Wundwinkel fixiert. Dadurch entstand in der Excavatio vesico-uterina eine fast völlig abgeschlossene Höhle, welche, als die Pat. am 4. Tage an Sepsis zu Grunde gegangen war, sich bei der Sektion mit stinkender Jauche angefüllt zeigte. Die übrige Bauchhöhle dagegen, durch welche ein Drainrohr vom unteren Wundwinkel (über den fixierten Stiel) an der Hinterwand des Uterus durch den Douglas in die Vagina lief und die des Oefteren durch das Drainrohr mit Carbolwasser ausgespült worden war, zeigte weder peritonitisches Exsudat, noch Blut, noch phlegmonöse Herde, sondern die Wundränder, auch die serösen, waren normal verklebt. Verf. schliesst seine Arbeit mit den Worten: »Die Drainage ist da, wo sie notwendig, eine so wichtige Bedingung glücklichen Ausgangs der Ovariotomie, dass sie aus Rücksicht auf den Stiel und die Vorliebe für dessen extraperitoneale Fixation in ihrer Freiheit und Wirksamkeit nicht gestört werden darf.«

Im nächsten Jahr, 1875, wendet sich Prof. Schröder[2]), der sich nie recht für die Drainage begeistern konnte, gegen die Theorie von Sims, dass die grosse Mehrzahl der Ovariotomierten deshalb an Septicämie zu Grunde gehe, weil ein in der Bauchhöhle sich ansammelndes Exsudat in jauchige Zersetzung übergehe und man es deshalb vorher durch die Drainage entfernen müsse. Er führt 3 Fälle an, die trotz bestehenden Exsudates ohne Drainage keine septicämischen Erscheinungen und glatten Heilungsverlauf zeigten. Er hält die Drainage nur dann für angebracht, wenn »zersetzende Massen in die Bauchhöhle eingedrungen« sind oder man eine Infektion von aussen anzunehmen hat, denn nur dann zersetze sich das Exsudat. In den übrigen Fällen hält er die Drainage nur für gefährlich. Er sagt, für die Therapie sei »nicht die Fortschaffung

[1]) Drainage und Stiel bei Ovariotomie. Berlin 1874.

[2]) Ueber die Drainage des Douglas'schen Raumes bei der Ovariotomie. Erlangen 1875. Sitzung der physikalisch-medicinischen Societät zu Erlangen.

des Exsudats das punctum saliens, sondern die Verhütung der Infektion.«

Ein Schüler Schröder's, J. Wollenweber[1]), bekämpft ebenfalls die Forderung von Sims und behauptet, die Drainage sei »1. kein sicheres Mittel gegen Septicämie; 2. für gewöhnliche Fälle von Ovariotomie unnötig und nur bei ganz bestimmten Fällen indiciert und 3. nicht ungefährlich.« Nicht das Exsudat sei das Wesentliche, sondern die Infektion, die hinzutreten könne. Die Drainage sei nicht sicher, weil sich die Löcher der Röhre verstopfen und weil sich Abkapselungen innerhalb der Bauchhöhle bilden würden, aus welchen Gründen es unmöglich sei, dass die Drainröhre alles Sekret herausschaffe. Verf. empfiehlt, soviel Flüssigkeit in das Vaginalende des Drainrohrs zu injicieren, bis das Niveau der Flüssigkeit bis zur Höhe der Abdominalwunde gestiegen sei. Dafür, dass die Drainage für gewöhnliche Fälle nicht nötig sei, bringt er als Beweis 3 Fälle von Ovariotomie aus der Erlanger Entbindungsanstalt, — offenbar dieselben, die Schröder anführt — die ohne Drainage geheilt wurden. Die Drainage sei nicht ungefährlich, weil die Röhre eine Reizung auf das Peritoneum ausübe, weil sich Exsudatmassen um dieselbe bilden und weil sie einen Contact der äusseren Luft und »ihrer schädlichen Stoffe« mit der Bauchhöhle herstelle. Nur, wenn eine Infektion eingetreten sei dürfe, drainiert werden.

Im Gegensatz hiezu lässt sich im folgenden Jahr ein Anhänger der Drainage, Olshausen[2]) in Halle, hören. Er sagt unter anderem: »Für die Nachbehandlung bei eingeleiteter Drainagierung sind die ersten 48 Stunden von ungemeiner Wichtigkeit, besonders aber die ersten 24. Gerade jetzt wird mit unglaublicher Schnelligkeit ein Sekret produziert, welches nach Sims vollkommen richtiger Beschreibung dünnflüssig ist, aber septische Eigenschaften in hohem Grade besitzt und möglichst vollständig und schnell fortgeschafft werden muss.« Olshausen entfernte den Drainageschlauch durchschnittlich um den 12. Tag. Er führt 25 von ihm operierte Fälle an, von denen — natürlich bei verschieden grossen Schwierigkeiten und Komplikationen — ohne Drainage 3 geheilt und 8 letal

[1]) Die Drainage der Bauchhöhle bei der Ovariotomie. Erlangen 1875.

[2]) Ueber Anwendung der Drainage durch die Bauchhöhle bei der Ovariotomie nebst Bericht über 25 Operationen. Halle 1876.

verlaufen sind, mit Drainage 10 geheilt und 4 letal verlaufen sind. Olshausen glaubte, dass ohne Drainage sicher mehr Todesfälle auf diese 25 Operationen gefolgt wären.

Dr. G. Wegner[1]) empfiehlt die Drainage von dem tiefsten Punkt der Bauchhöhle aus und tritt besonders für eine prophylaktische Drainage ein. Er will nicht erst ein Auftreten von Fieber abwarten, sondern dem Peritoneum keine Zeit zur Resorption von zersetzten Massen lassen.

Prof. Fr. Schatz[2]) hält die Drainage der Bauchhöhle nach Ovariotomie nur in den ersten 2 Tagen für nützlich, ausser wenn starke Peritonitis eintritt. Nur vom Douglas nach der Vagina sei die Drainage wirksam. In den ersten Tagen sei das Ausspülen der Bauchhöhle überflüssig. Dagegen sei wesentlich das Ausspülen des Drains mit dünnen Carbollösungen.

Prof. Mosetig von Moorhof[3]) berichtet 1877 über 4 Fälle von Ovariotomie, bei denen »die Sims'sche Drainagierung vom hinteren Laquear aus« vorgenommen wurde und die nicht allein geheilt worden, sondern meistens auch afebril verlaufen seien. Es werden nun eine Unzahl von Bedingungen für die Drainage aufgeführt, bei deren Einhaltung Verf. versichert, dass die Drainage dann nie nachteilig wirken könne, während ihre Unterlassung das Leben der Kranken gefährden und manchmal vernichten würde. Nur dann sei die Drainage überflüssig, wenn kein Ascites, keine Adhaesionen, keine Ligatures perdues in der Bauchhöhle zurückgeblieben seien oder wenn eine Verunreinigung absolut auszuschliessen sei.

Im selben Jahr teilt G. Bantock[4]) (London) 5 Fälle von Ovariotomie mit, bei denen mit Erfolg von der Abdominalwunde aus eine Glascanüle bis in den Douglas eingeführt wurde. Er glaubt, dass 2 Fälle von diesen ohne Drainage verloren gewesen

---

[1]) Chirurgische Bemerkungen über die Peritonealhöhle mit besonderer Berücksichtigung der Ovariotomie. Langenbecks Archiv Bd. 20. 1876.

[2]) Interessante Fälle aus der gynäcologischen Klinik zu Rostock. Archiv f. Gynäc. IX. 1. p. 115; 3. p. 485. 1876. Referat in Schmidts Jahrbüchern Bd. 171, p. 261 f.

[3]) Bericht des k. k. Krankenhauses Wieden vom Solarjahre 1877. Im Auftrag des hohen Ministeriums veröffentlicht durch die Direction des Krankenhauses. Wien 1878. Referat in Schmidts Jahrbüchern.

[4]) Ueber Drainage bei Ovariotomie. Brit. med. Journal 1877. Referat im Centr. f. Gyn. Nr. 19. 1877.

wären. Auf die äussere Drainöffnung legt B. einen in 5% Carbollösung getauchten Schwamm. Die Kanüle bleibt liegen, solange die Sekretion dauert. Ein guter Compressivverband sei wesentlich.

Gilette[1]) referiert über einen Fall von abgekapseltem peritonitischem Exsudat. Er entleerte durch Incision über der Symphyse ca. 1 Liter Eiter. Trotz desinficierender Ausspülungen traten starke Temperatursteigerungen auf. Er führte nun einen dicken Troikart durch die Bauchwunde ein und durchstach mit ihm das hintere Scheidengewölbe. In diesen so geschaffenen Kanal legte er ein Drainrohr. Durch dasselbe wurde ausgespült, sofort verschwand das Fieber und in kurzem trat vollständige Heilung ein.

D. Ott[2]) (St. Petersburg) machte Versuche an Kaninchen über die Bauchhöhlendrainage und kommt zu folgendem Resultat: Von freiem Abfluss flüssiger Ansammlungen aus der Bauchhöhle durch den Drain könne schon einen Tag nach der Operation nicht mehr die Rede sein, da sich sehr rasch Verklebungen um das ganze Drainrohr bilden würden, die weder durch Drainverschiebungen noch durch Einspritzungen verhindert werden könnten. Deshalb sei auch eine Durchspülung der Bauchhöhle als solcher unmöglich. Das um das Drainrohr neugebildete Futteral sei die Quelle der Eiterabsonderung aus dem Drain. — Die Drainage könne aber gefährlich werden durch die fortwährende Kommunikation der Bauchhöhle mit der freien Luft, wegen der Möglichkeit einer Darmverletzung durch das Troikart, durch Netzvorfall in die Drainfenster und endlich durch die fortwährende Reizung des Peritoneums durch Drainverschiebung und Injectionen.

J. Mikulicz[3]) teilte 1880 8 Fälle von Uterusexstirpationen mit Drainage aus der Klinik von Prof. Billroth mit. Es sind dies 2 Totalexstirpationen per laparatomiam und 6 per vaginam. In den Laparatomiefällen wurde durch die Bauchwunde mit Drainröhren drainiert. In beiden Fällen trat der Exitus an septischer Peritonitis ein. Die 6 anderen Fälle wurden durch die Vagina drainiert. Davon ging die Hälfte in Heilung aus, die andern

[1]) Drainage des Douglas'schen Raumes bei Peritonitis. Journ. de Méd. et de Chir. 1878. p. 189. Referat im Centr. f. Gynäc. Nr. 11. 1878.

[2]) Die Drainage nach Laparatomie. Experimentelle Untersuchung. Medicinsky Westnik 1878 Nr. 51, 52. Referat im Centr. f. Gynäc. Nr. 4. 1879.

[3]) Ueber die Totalexstirpation des Uterus. Wien. med Wochenschr. 1880. Nr. 47 ff. 1881. Nr. 1 ff.

erlagen der eingetretenen Peritonitis. Verf. kommt zu dem Schluss, dass eine ausgiebige Drainage der Peritonealhöhle aus mechanischen Gründen, (Verstopfung der Röhren, Darmvorfall) unmöglich sei. Die Drainage könne aber auch gefährlich werden und deshalb sei sie, wenn nicht grössere Wundflächen in der Peritonealhöhle zurückgelassen würden, zu unterlassen.

Lawson Tait[1]) empfahl im gleichen Jahr bei Abscessen in der Bauchhöhle sofort zu drainieren und nicht einen Durchbruch abzuwarten. Bei selbst entstandenen Durchbrüchen bleiben sehr oft lange Zeit lästige Fisteln zurück. T. drainiert nach der Laparatomie mit Koeberlé's Glasdrain und führt später Chassaignac's Drahtröhre ein. Er teilt 6 Fälle mit, bei denen es sich um vereiterte Haematocelen handelte und wo diese Behandlung angewandt wurde. Sämtliche Kranke waren innerhalb 1 Monats geheilt. Tait kommt zu dem Resultat: »that the opening of such abscesses by abdominal section is neither a difficult nor a dangerous operation and that recovery is made in this way more certain and rapid than in any other.«

Mikulicz[2]) äusserte sich das Jahr darauf nochmals über die Drainage. Er hält eine gründliche Entfernung von Exsudaten durch Drainröhren wegen der verschiedenen Taschen- und Faltenbildung nur vermittelst Aspiration für möglich und glaubt, die Verstopfung der Drainlöcher durch Eingeweide zu vermeiden, wenn eine antiseptische Flüssigkeit von Zeit zu Zeit durch die Röhre eingespritzt wird. In den meisten Fällen hält er übrigens die Drainage für überflüssig.

In einer Abhandlung über die Drainage der Bauchhöhle von Bardenheuer[3]) haben wir eine ziemlich umfangreiche Arbeit vor uns. Als allgemeine Drainagemassregeln empfiehlt der Verfasser, alle Buchten und Vertiefungen der Peritonealhöhle mit Drainröhren in Verbindung zu setzen. Durch Contentivverband soll dann das entstehende Sekret nach aussen in den Listerschen Verband geleitet werden. Das obere (abdominelle) und das untere (vaginelle) Drainende soll je mit einem Ring aus Salicylwatte

---

[1]) On the treatment of pelvic suppuration by abdominal section and drainage. London 1880.

[2]) Ueber Anwendung der Antisepsis bei Laparatomie mit besonderer Rücksicht auf die Drainage der Peritonealhöhle. Langenbecks Arch. Bd. 26. 1881.

[3]) Die Drainierung der Peritonealhöhle. Cöln 1881.

umgeben werden. Besonders in den ersten Tagen sei das Sekret gut abzuleiten, damit es mit möglichst geringen Peritonealflächen in Berührung komme. Verf. teilt 4 Drainagemethoden nach totaler Uterusexstirpation mit, von denen immer die folgende eine auf Grund seiner Erfahrung beruhende Vervollkommnung der vorhergehenden repräsentiert.

Seine erste Methode besteht darin, dass er durch das hintere Scheidengewölbe ein T-förmiges Drainrohr ins kleine Becken legte. Dabei konstatierte er die Gefahr eines Prolapsus intestinorum mit Verklebung und Verlegung des Drainlumens und der Peritonealöffnung und daraus resultierende Sekretstauung.

Bei seiner 2. Methode setzte er ein 2. Querrohr auf das erste und zwar senkrecht zur Richtung desselben und senkrecht zum abführenden vertikalen Rohr. Auch hier nahm er noch ein Heruntergleiten von Darmschlingen zwischen den Armen des Rohrs wahr.

Als weitere Modifikation legte er eine durchlöcherte Gummiplatte auf das Röhrenkreuz. Nachteile sind der grosse Druck, der auf Peritoneum und Därme ausgeübt wird und die immer noch mögliche Verlegung und Verstopfung der Lumina.

Endlich nähte er ein weitmaschiges Catgutnetz an eine circuläre Peritonealfalte. Durch die Vagina legte er 2 T-förmige Drains, durch die Bauchwunde einige kleine Drainröhrchen.

Damit erzielte Verf. bei totalen Uterusexstirpationen sehr gute Resultate, weil hier die Entfernung des ganzen Scheidengewölbs eine grosse Drainöffnung gestattet. Weniger günstige Resultate wurden erzielt bei anderen Bauchhöhlenoperationen, wo nur künstlich eine Oeffnung im hinteren Scheidengewölbe angelegt wurde. Für diese Fälle empfiehlt sich, den Peritonealwundrand mit dem der Vagina zu vernähen, und so einen umsäumten Drainkanal anzulegen. Um eine Verlegung des Drainkanals durch den oft retroflectierten Uterus zu vermeiden, näht Verf. denselben oder einen Adnex in die Bauchwunde ein. Es werden 60 Fälle mitgeteilt, die so behandelt wurden. Die 5 letzten sind von Dr. O. Thelen berichtet. Es sind 12 Fälle von Uterusexstirpation per laparatomiam, davon 11 geheilt, 1 Todesfall an Sepsis. (III. Methode). 2 Fälle von vaginaller Totalexstirpation, beide mit letalem Ausgang; der eine an Pneumonie, der andere an Darmincarceration. 7 Fälle von supravaginaler Uterusexstirpation, 6 Heilungen, 1 Todesfall

an Verblutung. 13 Fälle von Ovariectomie. 3mal tötlich endende Peritonitis, die übrigen 10 geheilt. 3 Fälle von Ovariotomie, 2 geheilt, 1 Exitus infolge Collaps. 17 Fälle von Rectumresection, 2mal Exitus an Sepsis, 2mal an Collaps, die übrigen 13 Fälle geheilt. 4 Fälle von Darmresection, 2 geheilt, 2mal Exitus an Peritonitis. 7 Fälle von Nierenexstirpation, 1mal Exitus an Collaps, 1mal an Sepsis. Die übrigen 5 geheilt. 1 Fall von supravaginaler Uterusexstirpation (Thelen) Exitus an septischer Peritonitis. Endlich 4 Fälle von Uterusexstirpation per laparatomiam (Thelen) alle 4 geheilt. Es sind also unter diesen 60 Fällen zusammen 17 Todesfälle. Von diesen haben 6 eine Ursache, die mit der Drainage in gar keine Beziehung gebracht werden kann. Es bleiben also noch 11 Todesfälle.

Im gleichen Jahr teilte A. Keseberg[1]) 2 Fälle von Totalexstirpation per laparatoniam mit Drainage von Dr. Bardenheuer mit. Sie wurden nach der oben beschriebenen Weise drainiert. Bei dem 2ten Fall wurden die Drains durch die Bauchwunde weggelassen. Der erste Fall endete letal an einer Duodenalfistel und profusen Diarrhöen. Bei der Obduction fand sich aber die Peritonealhöhle fast ganz unversehrt. Die 2. Patientin wurde nach 1½ Monaten vollständig geheilt entlassen.

Mit der Arbeit von Kehrer[2]) beginnt eine neue Epoche der Abdominaldrainage. Kehrer empfahl, die Bauchhöhle in allen Fällen von Laparatomie zu drainieren und zwar durch Einführung von kleinfingerdicken, gedrehten Baumwollsträngen durch die Laparatomiewunde in den Douglas und in die beiden Bauchseiten. Um eine Verwachsung mit dem Peritoneum und eine Verstopfung der Stränge zu vermeiden, umgiebt er dieselben mit einem Kautschukschlauch. Später ersetzte er den Schlauch durch eine Doppelkanüle aus Neusilber, um eine Reizung des Bauchfells zu vermeiden, die durch das wegen Verstopfung nötig werdende Einsetzen frischer Stränge verursacht würde. Kehrer beschreibt einen Fall von Ovariotomie, dessen Nachbehandlung er in der angegebenen Weise mit bestem Erfolg durchgeführt hat.

In der Schrift: De la valeur du drainage péritonéal dans l'ovariotomie (Paris 1881) empfiehlt Labbé die Drainage bei sich

[1]) Zwei Fälle von Exstirpatio totalis uteri superior mit Drainage der Peritonealhöhle. Bonn 1881.

[2]) Kapillardrainage der Bauchhöhle. Heidelberg 1881.

leicht wiederbildendem Ascites und bei ausgedehnten und gefässreichen Verwachsungen, sonst sei sie nicht indiciert.

Keith (Edinburg)[1]) betont, dass in ungünstigeren Fällen die Drainage sehr wichtig sei, besonders, wo Blutungen nicht zu stillen seien oder wo die Kranke zu schwach sei, um die Aufsaugung der secernierten Massen abzuwarten. Bei starker Sekretion sei es sicherlich besser, die Flüssigkeit zu entfernen, als einer schwachen Kranken die Resorption zuzumuten. Bei richtiger Anwendung der Drainage habe man durchaus keine schlimmen Folgen zu fürchten.

Bei derselben Discussion spricht sich Thornton (London) gegen die Drainage aus wegen der Gefahr des Eintritts von inficierenden Stoffen durch die Röhre und weil durch die Entfernung von Blut und Serum der Kranken Nährstoffe entzogen würden.

Im Jahr 1882 wandte sich Martin[2]) in einem klinischen Vortrag gegen die von Bardenheuer aufgestellten Gesichtspunkte der Drainage. Die Resorptionsfähigkeit des Peritoneums sei nach seinen Erfahrungen fast unbegrenzt und die Reizempfindlichkeit sehr gering. Grössere offene Wundflächen, die Bardenheuer als Grund zur Drainage anführe, könnten nach seiner Ansicht meistens auf die eine oder andere Art mit Peritoneum überkleidet werden und so eine Ausschaltung des Operationsgebiets aus der übrigen Bauchhöhle erreicht werden. Die Drainage sei nur geboten in Fällen, wo in Zersetzung begriffene Teile hätten zurückgelassen werden müssen oder wo eine Kommunikation der Peritonealhöhle mit der Vagina nicht zu vermeiden sei. Wenn schon eine septische Infektion eingetreten sei, habe er von der Drainage keine günstigen Resultate zu verzeichnen.

L. Champonnière (Soc. de Chir. 1883) empfiehlt, nur in den dringendsten Fällen zu drainieren.

Wiedow[3]) ist der Ansicht, dass man von einer Bauchhöhlendrainage nicht wohl Abstand nehmen könne. Er empfiehlt, sehr weite Drainröhren aus Hartgummi oder Glas in die Bauchhöhle einzuführen, dieselben mit kapillär aufsaugenden und zugleich desinficierenden Verbandstoffen auszustopfen und diese Verbandstoffe

[1]) Discussion üb. intraperitoneale Behandlung von Unterleibsgeschwülsten. 1881. Brit med. Journ. Oct. 1. p. 549. Referat im Centr. f. Gynäc. Nr. 25. 1881.

[2]) Die Drainage bei peritonealen Operationen. Sammlung klinischer Vorträge 219. 1882. Ref. im Centr. f. Gyn. Nr. 46. 1882.

[3]) Drainage der Bauchhöhle und das Bauchspeculum. 1884.

nach Bedarf zu wechseln. Verf. berichtet über 2 so behandelte und geheilte Fälle von Ovariotomie und über 5 Fälle von vaginaler Totalexstirpation mit 4 Heilungen und 1 Exitus an Peritonitis.

Wenn nicht die Möglichkeit einer eingetretenen Infektion vorliegt, hält Truc[1]) die Drainage für überflüssig, andernfalls sei sie auszuführen, die Ausspülungen seien aber aufs Aeusserste einzuschränken.

Dieselben Versuche der Abdominaldrainage wie Ott (s. o.) stellte auch Heinricius[2]) an Kaninchen an. Er kommt auch zu demselben Resultat, dass nämlich das Drainrohr in der Bauchhöhle als Fremdkörper eine lokale Reizung des Peritoneums hervorrufe, durch welche sich um den Drain vollkommene Abkapselungen bilden würden, so dass durch die Fenster des Drains weder nach der einen noch nach der andern Richtung eine Flüssigkeit ihren Weg nehmen könne. Deshalb habe es keinen Zweck, längere Zeit zu drainieren. Wenn die Drainage wirklich indiciert sei, so sei jedenfalls am 2. Tag nach der Operation das Drainrohr zu entfernen.

Kaltenbach[3]) empfiehlt in den seltenen Fällen, in denen eine Drainage überhaupt nötig sei, die Glasröhrendrainage durch die Bauchdecken. Die Vaginaldrainage hält er für gefährlich, weil ein Eintritt von Infection aus der Vagina leicht möglich sei.

1887 schlägt Bardenheuer[4]) vor, die Beckenhöhle mit Jodoform- oder Thymolgaze auszustopfen, um dadurch die Exsudationsflüssigkeit aufzusaugen und abzuleiten.

Im selben Jahr hielt Mikulicz[5]) einen Vortrag, in dem er über eine Methode der Drainage berichtet, die zugleich die Wirkung einer Tamponade besitzt. Er legte durch die Laparatomiewunde in die Bauchhöhle eine Art Beutel aus Jodoformgaze, der mit Gaze noch weiter ausgestopft wurde. Der Grad der Füllung kann je nach dem einzelnen Falle bestimmt werden. Die Wirkung ist sowohl

---

[1]) Traitement chirurgical de la péritonite 1886.

[2]) Om den profylaktiska drainagen af peritonealhalan vid ovariotomi. Finska läkaresällsk. handl. 28. 4—6 p. 203—244, 1886. Referat in Schmidts Jahrbüchern 1887. Bd. 215. p. 41.

[3]) Operative Gynäcologie von Hegar und Kaltenbach. 1886.

[4]) Mitteilungen aus dem Kölner Bürgerhospital 1887.

[5]) Ueber die Ausschaltung toter Räume aus der Peritonealhöhle. Vortrag. 1887.

hämostatisch als drainierend. Diese Art der Drainage führt von da ab den Namen „Tampon-Drainage nach Mikulicz“ und hat grossen Anklang gefunden.

Piskacek[1]) empfahl 1888 die Peritonealdrainage mit Jodoformdocht. Die Ableitung der Wundsekrete sei damit eine rasche, diese Art der Drainage lasse sich leicht bei „toten Räumen“ anwenden, könne lange Zeit liegen bleiben, ohne von der Kapillaritäts-Wirkung zu verlieren oder Decubitus zu verursachen und könne nach und nach entfernt werden.

Witzel[2]) schlug vor, verschiedene Oeffnungen in die Bauchdecken zu schneiden und durch sie dann lange Drainröhren nach verschiedenen Richtungen zu legen. Die Bauchhöhle solle mit warmer physiologischer Kochsalzlösung durchgespült werden.

Reichel[3]) spricht sich 1889 gegen die Ausspülungen der Bauchhöhle aus, befürwortet aber die Drainage. Er benützte seither mit Erfolg Jodoformgazedochte.

Lande[4]) bevorzugt die Drainage durch die Laparatomiewunde vor der Vaginaldrainage. Er verwendet die Kapillarwirkung und benützt den „Druckverband als Triebkraft“. Jodoformgaze verdiene den Vorzug vor dem Jodoformdocht. Weil aber die Abdominalöffnung sich rasch verenge, empfiehlt er warm eine Glaskanüle mit seitlichen Oeffnungen, in die Jodoformgaze locker eingeführt wird. Die Oeffnung des Drainkanals wird mit Jodoform und Gaze bedeckt. Von 17 so behandelten Fällen endeten 3 an Sepsis.

Stühlen[5]) ist der Ansicht, dass man bei Peritonitis eine „multiple“ Drainage durchführen müsse. Am praktischsten seien weite Gummiröhren. Der Oberkörper der Kranken sei hoch zu lagern, öfters sei die Seitenlage zu wählen. Auch bei Aspiration habe er gute Erfolge gesehen. Nur dürfe hiebei keine Luft in die

[1]) Sitzung der geburtshilfl.-gynäc. Gesellschaft in Wien am 6. März 1888. Referat im Centr. für Gynäc. 1889. Nr. 4.

[2]) Ueber die Erfolge der chirurgischen Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis und der peritonealen Sepsis. Deutsche mediz. Wochenschr. 1888.

[3]) Beiträge zur Aetiologie und chirurgischen Therapie der septischen Peritonitis. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1889.

[4]) Ueber Drainage der Bauchhöhle bei Laparatomieen. Aus Dr. Sängers Privat-Frauenklinik in Leipzig. Archiv für Gynäc. Bd. 36. 3. Heft. 1889. Referat im Centr. f. Gynäc. 1890. Nr. 5.

[5]) Die Drainage des Peritoneums bei Peritonitis. Strassburg 1890.

Bauchhöhle eindringen. Er ziehe Gummidrains den Dochten vor, weil die Dochte, wenn sie gut ableiten, wegen des häufig notwendig werdenden Wechsels die Kranken belästigen, wenn sie aber schlecht ableiten, nur gefährlich sein können. Womöglich sei eine prophylaktische Drainage durchzuführen.

Price[1]) hält besonders in Fällen, wo es sich um Eiterungen in der Bauchhöhle handelt, die Drainage für geboten. Ferner ist er der Ansicht, dass, wenn in solchen Fällen der Allgemeinzustand schlecht sei, man Incision und Drainage ausführen müsse und die eigentliche Operation erst bei besserem Kräftezustand vorzunehmen sei. Am zweckmässigsten seien mittelstarke Röhren, durch welche auch täglich mehrmals die Bauchhöhle ausgespült werden könne.

Penrose[2]) ist der gleichen Ansicht wie Price und empfiehlt lieber zu viel als zu wenig zu drainieren und eine häufige Reinigung des Drainrohrs vorzunehmen.

Delbet[3]) verwirft auf Grund negativer Resultate bei Versuchen an Leichen und lebenden Hunden die Glas- und Kautschuk-Drainage und befürwortet die Kapillardrainage und diese nur für die ersten Stunden nach der Operation. Er warnt vor Irrigationen in der ersten Zeit, da sie die neugebildeten Adhäsionen durchbrechen könnten.

Hofmeier[4]) hält ein Offenlassen der Vaginalwunde nach Totalexstirpation für unzweckmässig. Er ist der Ansicht, dass dann die Verheilung der Wunde bei weitem langsamer von statten gehe. Er schliesst die Wunde unter Einnähen der Stümpfe. In den wenigen Fällen, wo er drainiere, lege er einen Gummidrain durch das hintere Scheidengewölbe und schliesse den drainierten Raum durch Peritoneum von der Bauchhöhle ab.

Boisleux[5]) glaubt, dass man mit der antiseptischen Methode die Drainage nicht verlassen dürfe. Es sei doch jedenfalls besser,

---

[1]) Die Drainage in der Chirurgie des Unterleibs u. Beckens. Med. news 1890. Referat im Centr. f. Gynäc. 1890. Nr. 48.

[2]) Die Drainage in der Chirurgie des Unterleibs. Journ. of the Amer. med. assoc. 1890. Referat im Centr. f. Gynäc. 1890. Nr. 48.

[3]) Experimente und Betrachtungen über die Drainage des Peritoneums. Annal. de Gynéc, Referat im Centr. für Gyn. 1890. Nr. 42.

[4]) Grundriss der gynäcologischen Operationen. Leipzig u. Wien 1892.

[5]) Ueber Drainage des Douglas'schen Raumes. Paris 1894. — Centr. f. Gynäc. 1894. Nr. 50.

einer Infektion vorzubeugen, als zu warten, bis man sie bekämpfen müsse. Der Behauptung Schauta's, dass eine Drainage unnötig sei, wenn im Eiter keine Bakterien gefunden würden, halte er entgegen, dass es möglich sei, dass der Eiter zwar steril, die Wand des Abscesses aber virulent und giftig sei. Er sei der Ansicht, dass die Tampon-Drainage nach Mikulicz ausgezeichnete Resultate geben könne, dagegen halte er eine Vaginaldrainage mit Kapillardrain, weil dieser schlecht ableite und keine Stütze für den Uterus bilde, für schädlich und gefährlich. Die Vaginaldrainage sei mit Drainröhren auszuführen, in welche Gaze locker eingelegt werden solle. Dadurch könne keine Verstopfung der Röhre eintreten. Die Röhre müsse T-Form besitzen, um den Uterus zu stützen und selbst sich nicht leicht zu verschieben. Um die Vulva sei, um das Eindringen einer Infektion zu verhindern, eine in $2^1/_2$ % Karbollösung getauchte Serviette zu befestigen.

Moulonguet[1]) zieht die Vaginaldrainage der Abdominaldrainage vor, da die erstere Methode viel geeigneter zum Ableiten der Sekrete sei. Eine doppelte Drainage, durch die Abdominalwunde und das hintere Scheidengewölbe, sei überflüssig. Er benütze Jodoformgaze und keine Drains, da diese sich leicht verstopfen würden und Druckusuren des Darms durch sie entstehen könnten. Er halte die Drainage auch in prophylaktischer Hinsicht für wertvoll, da zum Beispiel bei Nachblutungen die Diagnose so leichter zu stellen sei und keine Zeit zum Eingreifen verpasst würde.

Rodriguez[2]) empfiehlt in allen Fällen, in denen Flüssigkeitsansammlungen im Becken konstatirt sind, die Elytrotomie zu machen mit nachfolgender Drainage und Ausspülungen. Eine laterale Incision sei zu vermeiden wegen der leichten Verletzung von Ureteren und grösseren Gefässen. Verf. berichtet über 26 auf diese Weise geheilte Fälle von Eiteransammlungen im Becken.

Sippel tritt warm für die Drainage durch den hinteren Douglas ein. Centralblatt für Gynäcologie 1896.

Noble[3]) veröffentlichte im Jahre 1896 8 Fälle, bei denen

---

[1]) Die Vaginaldrainage bei Laparotomieen. Archive prov. de chir. 1894. Nr. 5. Ref. im Centr. f Gyn. 1894. Nr. 50.

[2]) L'incision du cul-de-sac postérieur et du drainage para-utérin dans les suppurations et hématomes pelviens. Paris 1895.

[3]) Drainage versus radical operation in the treatment of large pelvic abscesses. Chicago 1896.

Eiterabscesse in der Beckenhöhle sich entwickelt hatten und die er sämmtliche mit Drainage geheilt hat. Zum Teil wurde mit Gaze drainiert bezw. tamponiert. In solchen Fällen sei die Drainage „a life-saving procedure".

In Fällen, wo eine Ansammlung von Eiter sich in der Beckenhöhle findet oder wo bei der Operation eine nur unsichere Blutstillung zu erzielen war, hält Senn[1]) die Drainage für unbedingt geboten. Bei Fällen, die mit Mikulicz's Jodoformgazedrainage behandelt wurden, hat Verf. Jodoformintoxikationen beobachtet. Er empfiehlt deshalb, blos die äusseren Lagen des Beutels zu jodoformieren und die inneren nur zu sterilisieren. Bei seröser Exsudatbildung benützt er eine Kombination von Kapillar- und Tubulardrainage, indem er das Drainrohr mit Gaze umgiebt. Bei eitrigem Exsudat macht er die gewöhnliche Röhrendrainage und zur Blutstillung benützt er die Tampon-Drainage.

Bulius[2]) bezeichnet die ausschliessliche Drainage nach der Vagina für die vorteilhafteste. Es seien aber nicht blosse Röhren zu verwenden, sondern dieselben seien mit aufsaugenden Stoffen auszufüllen.

Huschenbett[3]) hält in allen Fällen, wo Eiter in die Bauchhöhle geflossen ist oder sich schon in derselben vorfindet, eine Drainage für notwendig. Ebenso da, wo „eine nicht anders als durch Tamponade zu stillende parenchymatöse Blutung" vorliegt. Zur Tamponade würden Jodoformgazestreifen verwendet, deren Ende durch ein Glasrohr aus der Bauchwunde herausgeleitet würde. Die Gaze werde meistens am 5. Tage entfernt. Verf. berichtet über 41 teilweise recht komplizierte Fälle, bei denen in der Halle'schen Frauenklinik von Prof. Fehling wegen Eiterergusses oder Blutung in die Bauchhöhle drainiert wurde. Davon wurden 19 dauernd geheilt, 8 konnten nicht mehr verfolgt werden, 5 wurden nicht vollständig geheilt und 9 verliefen letal. — Die Methode von Schede, durch Vernähung des Bauchfells das kleine Becken von der Bauchhöhle abzuschliessen, wird vom Verfasser wegen Zerrung der betreffenden Organe verworfen. Verf. glaubt

---

[1]) The indications and modes of drainage after abdominal and vaginal section. Chicago 1896.

[2]) Hegar-Kaltenbach. Operative Gynäcologie. Herausg. v. Hegar. 1897.

[3]) Ueber die Verwendung der Drainage bei Laparatomieen. Halle 1897.

durch die angeführten Fälle den Beweis für die Grundlosigkeit der Angriffe auf die Drainage erbracht zu haben.

Löhlein[1]) meint, dass das Gebiet der Drainage mehr und mehr eingeengt werde. Nur noch ganz ausnahmsweise werde in der von Sims empfohlenen Weise nach der Vagina zu drainiert. Er selbst drainiere in allen Fällen von Eitererguss in die Bauchhöhle nach der Methode von Mikulicz.

Olshausen[2]), früher Anhänger der Drainage, hält jede Drainage für nutzlos und gefährlich wegen der Möglichkeit des Eindringens von Fäulnisbakterien in die Bauchhöhle. Bei seinen 800 Laparatomieen der letzten 4 Jahre habe er kein einziges Mal drainiert. Die Drainage der Bauchhöhle sei eine arge Täuschung und jetzt, in der aseptischen Zeit, nur eine Gefahr mehr.

Gubarew[3]) empfiehlt ausschliesslich die Jodoformgaze zur Drainage der Bauchhöhle und zwar bei einfachen Laparatomieen den Gazesack von Mikulicz und bei Uterusexstirpation die Tamponade der Vagina. Die Entfernung der Gaze müsse so früh als möglich geschehen. Der Zeitpunkt habe sich nach Quantität und Qualität des Ausflusses zu richten. Verf. berichtet über mehrere auf diese Weise mit bestem Erfolg behandelte Fälle.

Pozzi[4]) stellt die Indicationen zur Drainage folgendermassen zusammen:

Es ist zu drainieren:

1) wenn die resorbierende Eigenschaft des Bauchfells nicht mehr intakt ist;
2) wenn eine eiternde Fläche zurückgeblieben ist oder Residuen einer Peritonitis nachzuweisen sind;
3) wenn verschiedene Zerreissungen des Bauchfells stattgefunden haben;
4) wenn der Tonus der Eingeweide und die Vitalität der sie bedeckenden serösen Häute gelitten hat.

Bei Besprechung der einzelnen Drainagemethoden sagt Pozzi: Ich will absichtlich die ungenügenden oder complicierten Methoden (wie z. B. Bardenheuer) übergehen et me bornerai à la description

[1]) Veit'sches Handbuch der Gynäcologie I 1897. p. 58.
[2]) „ „ „ „ II 1897. p. 268 u. 710.
[3]) Ueber die Drainage der Bauchhöhle. Russ. Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäc. Bd. IX. Nr. 3.
[4]) Traité de Gynécologie clinique et opératoire 1897.

de celui qui me paraît préférable. Er meint die Drainage durch die Vagina mit einem Röhrenkreuz aus zwei zusammengeschweissten Kautschukröhren. Das untere Ende des Drainrohrs wird mit Jodoformgaze umgeben.

Pfannenstiel[1]) hält die Drainage für wirksam durch Ausschaltung der suspecten Gebiete aus der Bauchhöhle. Von leeren durchlöcherten Drainkanülen rät er ab wegen der leichten Kompression und Verstopfung, ebenso von solchen, die mit Gaze gefüllt sind, weil auch hier die Löcher von Darm und Granulationen würden verlegt werden können. Die einfache Kapillardrainage mittelst Gazetampons hält er in jeder Beziehung für leistungsfähig. Bei allgemeiner Peritonitis habe die Drainage keinen Wert, da sie nur abkapsele und nicht ableite. Die Anwendung der Drainage beschränke sich auf Fälle, wo bestimmte Stellen inficiert oder verdächtig seien. In den Fällen, wo es möglich sei, drainiere er durch die Vagina, um Bauchfisteln und Bauchhernien zu vermeiden. Die Drainage sei so lange fortzusetzen, bis sich alles Sekret entleert habe.

In solchen Fällen, wo die Wunde bis auf den Beckenboden herabreiche und an den Wandungen eine ausgedehnte Nekrose zu erwarten sei, empfiehlt v. Rosthorn[2]) die Drainage nach der Vagina. Dieselbe habe zwar zwei Nachteile. Einmal könne wegen der Gefahr der Verletzung keine sehr grosse Oeffnung angelegt werden und dann zeige die Vaginalwunde ein intensives Bestreben, sich zu verkleinern, so dass nur ein starres Drainrohr im stande sei, diese Lücke offen zu erhalten. Bei höher gelegenen Bindegewebswunden genüge die Drainage durch den untern Wundwinkel. Wenn der Uterus in Verbindung mit der betreffenden Neubildung stehe oder starke Bindegewebsverletzungen zustande gekommen seien, habe er allemal die Totalexstirpation gemacht und so einen breiten Drainagekanal zur Jodoformgazedrainage per vaginam gewonnen. Die Bauchwunde habe er geschlossen. Wenn einzelne Gewebsteile nicht entfernt werden könnten, halte er es für nötig, eine Drainagelücke zu lassen, um den zerfallenden Partieen mit den Wundsekreten Ausgang zu verschaffen.

---

[2]) Veit'sches Handbuch der Gynäcologie III, 1. p. 480.
[3]) Veit'sches Handbuch der Gynäcologie III, 2. p. 152.

Jaboulay[1]) (Lyon) schlägt vor, bei Virgines und Nulliparen mit enger Vagina gelegentlich nach dem Rectum zu drainieren. Die Oeffnung sei mit einem Gummidrain zu versehen. Eine Infektion durch Darminhalt trete nicht ein. Die Natur wähle selbst oft genug diesen Weg zur Heilung.

Hofmeier[2]) ist der Ansicht, dass, wenn nach einer Laparatomie eine Peritonitis auftrete, die Kranke also inficiert sei, die primäre Drainage durch die Bauchwunde oder den Douglas'schen Raum nichts mehr zu helfen pflege.

Veit[3]) hält einen Eiteraustritt in die Bauchhöhle für keinen Grund, zu drainieren, vielmehr sei nur dann eine Drainage am Platze, wenn nach beendigter Operation noch weitere Verunreinigung der Bauchhöhle zu erwarten sei.

Martin[4]) verspricht sich keinen Nutzen von der Drainage und hält sie nur für eine unnötige Komplikation.

Seeligmann[5]) empfiehlt seine Methode der Drainage, die er seit einiger Zeit erprobt hat. Er vereinigt nämlich nach vollendeter Operation das Peritoneum und die Appendices epiploïcae, so dass ein Dach gebildet wird, das die Wundhöhle von der übrigen Bauchhöhle abschliesst. Alle Suturen sollen gegen die durch den eröffneten Douglas eingeführte Jodoformgaze zu liegen kommen. Verf. verwirft in solchen Fällen, in denen das Operationsfeld bis in die Tiefe des Douglas reiche, die Drainage durch die Bauchwunde. Durch den Versuch sei nachzuweisen, dass bei Rückenlage der Kranken unmöglich Sekret aus dem Douglas durch den unteren Bauchwundwinkel herausgeleitet werden könne. Auch wenn die Capillarität in Betracht komme, wie bei der Gazedrainage, gehe das Sekret blos bis an die peritoneale Oeffnung des unteren Bauchwundwinkels und stagniere dort. An dieser Stelle sei dann die Möglichkeit einer Infektion des intakten Peritoneums sehr gross. Seeligmann ist der Ansicht, dass bei „bis

---

[1]) Peritoneale Eiterungen nach dem Mastdarm drainiert. Lyon méd. 1898 Mai 29. Referat im Centr. f. Gynäc. 1899. Nr. 14.

[2]) Schröder-Hofmeier. Weibliche Geschlechtsorgane. Leipzig 1898.

[3]) Veit'sches Handbuch der Gynäkologie III 2 II. 1899.

[4]) Die Krankheiten der Eierstöcke. 1899.

[5]) Ueber die Drainage nach Laparotomieen mit schweren Komplikationen. Deutsche Med. Wochenschrift 1899. Nro. 39.

in die Tiefe des Douglas gehendem Operationsgebiet die Mikulicz'sche Methode prinzipiell zu verlassen" sei.

Durch die tamponierende Drainage durch das hintere Scheidengewölbe sei für eine etwaige spätere Abscessbildung nach Entfernung der Drainage „ein Weg zum Durchbruch des Eiters gewissermassen praeformiert." Die Gaze wird nach und nach entfernt, um eine Stagnation des Sekrets zu verhindern und die Höhle allmählich zu verkleinern. S. berichtet über 20 Laparatomiefälle, bei denen ausgedehnte Verwachsungen zu lösen waren oder Eiter in die Bauchhöhle geflossen war oder endlich eine Ureterverletzung hinzukam. An diesen Fällen, bei denen auf diese Weise drainiert wurde und bei denen allen Heilung eintrat, zeigt Verf., wie bei Sekretstauung und aus diesem Grund eingetretener Puls- und Temperaturerhöhung durch Drainage d. h. durch Schaffung freien Abflusses in kürzester Zeit normale Verhältnisse wiederhergestellt wurden.

Fritsch[1]) hat die Drainage neuerdings aufgegeben. Er habe trotzdem sehr befriedigende Resultate. Sei septischer Eiter in die Bauchhöhle geflossen, so verhindere auch die Drainage die Peritonitis nicht. Sei aber der Eiter steril, so erfolge seine Resorption ohne weiteres. Die traditionelle Drainage könne, wie die Erfahrung gelehrt habe, unbedenklich aufgegeben werden. Wenn man aber doch drainieren wolle, so solle man nicht nach der Vagina, sondern nach oben drainieren. Durch eine neue Wunde werde nur eine neue Komplikation geschaffen. Er würde die Mikulicz'sche Methode empfehlen. Nach 5 bis 6 Tagen fieberfreien Verlaufs seien die Tampons zu entfernen.

Küstner[2]) ist der Ansicht, dass in manchen Fällen von der Anwendung oder Unterlassung der Drainage es einzig und allein abhänge, ob der Ausgang der Operation Genesung oder Tod sei. Er bevorzugt nach Laparatomieen die Mikulicz'sche Methode. Wenn im Becken umfangreiche Höhlenwunden zurückblieben, von denen man erwarten dürfe, dass sie ziemlich stark secernieren, so eigne sich die Drainage nach der Vagina. Ueber der Höhlenwunde sei dann das Peritoneum gegen die Bauchhöhle zu schliessen.

---

[1]) Die Krankheiten der Frauen. Leipzig 1901.

[2]) Lehrbuch der Gynäkologie 1901.

Perrier[3]) möchte die Abdominaldrainage nach Miculicz in manchen Fällen durch eine „peritoneo-vaginale" Drainage ersetzt wissen, die in folgender Weise auszuführen sei: Nachdem die Laparatomie gemacht und die betreffende Operation ausgeführt ist, wird der Douglas resp. das kleine Becken mit Jodoformgaze austamponiert. Die unterste Lage der Gaze muss auf dem Boden des hinteren Douglas ruhen. Nun wird die Laparatomiewunde aufs Sorgfältigste vernäht und durch das hintere Scheidengewölbe der Douglas'sche Raum eröffnet. Durch diese Oeffnung wird ein Streifen Jodoformgaze in die Vagina herabgezogen. Die Wirkung ist wie bei der Mikulicz'schen Methode eine drainierende, tamponierende und das Operationsfeld isolierende. Diese Methode sei zu bevorzugen, weil die Bauchnaht sofort exakt gemacht werden könne und damit die Möglichkeit einer späteren Narbenhernie beträchtlich verringert werde. Ferner sei in kosmetischer Hinsicht eine lineäre Narbe der oft grössere Ausdehnung nehmenden Narbenfläche bei sekundärer Vereinigung vorzuziehen. Dann kämen bei der abdominellen Drainagemethode öfters längere Zeit persistierende Fisteln vor, während die Vaginalwunde sich viel schneller vereinige. Ein weiterer Nachteil der Mikulicz-Tamponade sei das Eintreten von Verwachsungen der Abdominalwundränder mit dem anliegenden Darm. Der gewöhnlichen Vaginaldrainage sei die Methode vorzuziehen, weil man hier nicht aus der Vagina in die Peritonealhöhle komme, sondern den umgekehrten Weg mache und es sich so um eine Invasion von Vaginalbacterien nicht handeln könne. In Betracht komme die Drainage in Fällen, wo durch verschiedene Manipulationen eine Reizung des Peritoneums stattgefunden habe, die eine starke Sekretion befürchten lasse, wo Peritonitis oder Ascites bestehe, wo blutende Flächen zurückgelassen werden mussten, wo sich septische Produkte in der Bauchhöhle verbreitet haben oder erkrankte Partieen nicht vollständig entfernt werden konnten, wo eine Darmverletzung stattgefunden habe. In sehr schweren Fällen sei aber statt der vorgeschlagenen Methode die abdominale oder abdomino-vaginale Drainage anzuwenden. Verf. berichtet über 15 fast lauter komplizierte Fälle, die mit peritoneo-vaginaler Drainage nachbehandelt

[3]) D'un procédé de drainage péritonéo-vaginal pouvant remplacer le Mikulicz abdominal. Lyon 1901.

wurden. 14 von diesen wurden geheilt, bei einem trat der Exitus ein. Endlich teilt Verf. noch einen geheilten Fall von Epitheliom an der Flexura sigmoidea bei einer 48jährigen Frau mit, wo abdominell die Ablatio gemacht, mit Gaze tamponiert und nach vollständigem Verschluss der Laparatomiewunde durch das Perineum die totale Amputatio recti ausgeführt wurde. Die Gaze wurde durch das Perineum herausgeleitet, also eine Art peritoneo-perineale Drainage hergestellt.

Füth[1]) berichtet über einen Fall von Cervixcarcinom mit doppelseitiger Hydrosalpinx, bei dem die Laparatomie gemacht wurde. Mit Jodoformgaze wurde durch den Douglas per vaginam drainiert, nachdem die Totalexstirpation vollendet war. Bei der Entfernung der Gaze fiel das Netz bis in die Vagina vor. Dasselbe wurde reponiert und die Vagina tamponiert. Darauf stellte sich Erbrechen und Aufgetriebensein des Leibes ein. Es wurde deshalb die Laparatomie gemacht. Es zeigte sich, dass ein Netzstrang im Douglas fest verklebt war. 2 Darmschlingen wurden incidiert und entleert. Dadurch wurde das Operationsgebiet beschmutzt und es wurde deshalb von einer Bauchnaht Abstand genommen. Die Bauchwunde wurde mit Jodoformgaze tamponiert. Die Hauträndер und damit die Gaze wurden durch 2 in Schleifen geknotete Seidennähte fixiert. Die Gaze wurde 2mal täglich gewechselt und die Wunde heilte per granulationen zu. Verf. glaubt, dass die Sekretion viel stärker sei, wenn man durch die Laparatomiewunde drainiere. Er teilt noch weitere 5 Fälle mit, bei denen keine Bauchnaht gemacht wurde, und glaubt, die günstigen Erfolge nur der Abdominaldrainage zuschreiben zu müssen. In Fällen, wo irgend eine Verunreinigung des Peritoneums eintrete wie z. B. bei abdomineller Entfernung eines jauchenden Portiocarcinoms empfehle er die Bauchwunde offen zu lassen und zu drainieren. Wo eine Verunreinigung des Peritoneums ausgeschlossen sei und vaginell operiert worden sei, schliesse er das Peritoneum und tamponiere den eröffneten Bindegewebsraum bis in die Vagina.

In Erwiderung auf diese Abhandlung teilt Seeligmann[2]) einen Fall mit von übermannskopfgrossem Myom mit faustgrossem linksseitigem Tuboovarialabscess. Bei der Auslösung des letzteren

[1]) Zur Drainage der Bauchhöhle. Centralblatt für Gynäk. 1901. Nro. 7.

[2]) Ueber die Drainage der Bauchhöhle nach Laparatomie. Centr. f. Gynäk. 1901. Nro. 20.

entleerte sich Eiter in die Bauchhöhle. Der Douglas wurde breit eröffnet, Jodoformgazedrainage eingeleitet und die Laparatomiewunde geschlossen. Ein Teil des gebildeten vorderen Uterus-Peritoneallappens wurde dazu verwandt, das Operationsfeld nach oben und links abzudachen. Pat. verliess nach 16 Tagen geheilt das Bett. Um wegen der eigentümlichen Druckverhältnisse im Abdomen eine genügende Drainage zu gewährleisten und einen postoperativen Ileus zu verhüten, hält Verf. die Bedeckung der Operationswunde mit Serosa nach oben hin für notwendig. — Eine Drainage der Bauchhöhle im Allgemeinen durch die Laparatomiewunde, wie Füth es meine, sei unmöglich, da sich nach kurzer Zeit Verklebungen der Darmschlingen untereinander und mit der Bauchwunde bilden würden und so ein abgeschlossener Raum entstände. Durch diese Methode sei aber durchführbar, einen gefährlichen Teil des Darms von der übrigen Bauchhöhle abzuschliessen.

Burckhard[1]) unterzieht die von Pozzi (s. o.) aufgestellten Indicationen zur Drainage einer näheren Betrachtung und meint, ein reichliches Nachfliessen von Blut könne durch Ligatur oder Umstechung verhindert werden. Wegen Sekretion seröser Flüssigkeiten sei eine Drainage selten nötig, da die durch Ausschälung von Tumoren entstandenen Hohlräume durch sorgfältiges Ueberkleiden mit Peritoneum abgeschlossen werden könnten. Dagegen sei beim Zurücklassen eiternder Flächen oder beim Austritt von Eitermengen oder nicht steriler Flüssigkeiten in die Peritonealhöhle die Drainage geboten. Verfass. führt 31 Krankengeschichten auf, bei denen teils mit Gaze, teils mit Glasdrain, teils mit Gummidrain durch die Bauchdecken drainiert wurde. Der Erfolg war folgender: 8 Todesfälle direkt nach der Operation, 1 Fall endete mehrere Wochen nach der Operation letal, 7 Fälle endeten an Peritonitis, die übrigen wurden geheilt. Die Drainage mit Gaze sei angebracht in Fällen, wo grosse Höhlen vorhanden seien, deren Ränder sich nicht aneinanderlegten, und wo Eitersäcke in die Bauchwunde eingenäht wurden; in den übrigen Fällen empfehle er Glasdrains. Ein Nachteil der Gazedrainage liege darin, dass die Gaze oft durch Pseudomembranen derart eingehüllt werde, dass sie nur unter ziemlichen Schmerzen für die Kranken wieder entfernt werden

[1]) Ueber Drainage nach Laparatomieen. Aus der königl. Universitätsfrauenklinik Würzburg. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 46. Bd. 2. Heft. 1901.

könnte. Auch trete oft hinter der Gaze eine Sekretstauung ein, wenn die Gaze mit Sekret imprägniert und eingetrocknet sei. Deshalb sei in seinen Fällen öfters eine spätere Einlegung eines Glas- oder Gummidrains notwendig geworden. Aus diesen Gründen gebe er den Glas- oder Gummidrains im Allgemeinen den Vorzug.

Die hier aufgeführte Reihe von Autoren wird genügen, um zu erkennen, dass über Wert, Indikationen und Methoden der Drainage sehr verschiedene Ansichten herrschen. Selbstverständlich geht die Forderung, nach allen grösseren Bauchhöhlenoperationen zu drainieren, zu weit. Eine vollständige Keimfreihaltung des Operationsgebiets wird wohl freilich eine ideale Forderung bleiben. Die meist in Betracht kommenden Bakterien gelangen aber auch, vorausgesetzt, dass der Boden, auf welchem sie sich ansiedeln, intakt oder nur sehr wenig lädiert ist, meistens nicht zu Vermehrung und Wachstum. Ganz anders aber liegen die Verhältnisse bei einer grossen secernierenden Wundfläche. Hier haben im Gegenteil die Bakterien die besten Lebensbedingungen und der Organismus unterliegt im Kampf mit ihnen. Wenn man auch jetzt weiss, dass das intakte Peritoneum die Fähigkeit besitzt, einer ziemlich grossen Anzahl von Infectionserregern Herr zu werden, so gilt dies doch lange nicht in dem Masse für das Beckenbindegewebe, welches bei grösseren Bauchhöhlenoperationen meist freigelegt wird oder schon vorher durch Zerstörung des Peritoneums freiliegt.

Ist also die Operation in nicht allzu langer Zeit, ohne grössere Verletzungen und mit vollständiger Blutstillung nicht zu vollenden, ist Eiter oder verdächtige Cystenflüssigkeit in die Bauchhöhle geflossen, mussten einzelne Teile einer Geschwulst zurückgelassen werden oder ist endlich eine starke Sekretion des Wundbetts vorauszusehen, wie es nach Ausschälung von Tumoren und auch bei entzündlichen Prozessen nicht anders zu erwarten ist, so ist eine Drainage indiciert.

Durch die Drainage wird einerseits die Sekretion verringert, manchmal sogar aufgehoben und wenn eine solche vorhanden ist, abgeleitet, andererseits wird durch die Tamponwirkung eine etwaige Blutung eingeschränkt.

Es ist freilich nicht anzunehmen, dass man, wenn eine Infektion thatsächlich erfolgt ist, imstande ist, durch die Drainage

eine peritonitische Reizung zu vermeiden. Gewiss wird man aber unendlich viel Nutzen schaffen können dadurch, dass den Bakterien möglichst ungünstige Wachstumsverhältnisse geschaffen und hiermit ihre Virulenz und Verbreitung eingeschränkt werden, indem ihnen durch die Drainage Blut und Serum entzogen wird. Wo es sonst oft zu einer allgemeinen Peritonitis käme, kommt es durch die Drainage und besonders durch die Gazedrainage häufig nur zu einer lokalen, abgekapselten.

Aus diesen Gründen wird in der hiesigen Klinik von Herrn Professor Döderlein bei solchen komplizierten Fällen die Drainage angewandt.

Die Methode der Drainage ist folgende:

Die Vagina wird jedesmal vor der Operation gründlich desinficiert. Bei Laparatomieen wird, wenn die Operation vollendet ist, das hintere Scheidengewölbe von oben eröffnet, Jodoformgaze in die Bauchhöhle eingeführt und mehr oder weniger fest durch die Vaginalwunde in den Douglas gestopft und durch die Scheide nach aussen geleitet. Die Laparatomiewunde wird exakt geschlossen. Bei abdominellen und vaginellen Totalexstirpationen wird nach der Vagina in der gleichen Weise drainiert. Von der Mikulicz'schen Methode, dem Herausleiten der Tampondrainage durch die Bauchwunde ist man mehr und mehr abgekommen, da der Heilungsverlauf bei der Vaginaldrainage sich im Allgemeinen als ein glatterer herausgestellt hat. Die Gaze wird nach 3—4 Tagen, nach und nach entfernt, wodurch einer Sekretstagnation vorgebeugt, die nunmehr unnötige Compressionswirkung weggeschafft wird und eine allmähliche Verkleinerung der Vaginalwunde zustande kommt. Tritt Temperatursteigerung ein oder zeigt sich stärkere Sekretion, so wird die Gaze durch ein Gummi-T-Drain ersetzt.

Auf diese Weise sind folgende 315 Fälle aus der Tübinger Frauenklinik (vom 1. Oktober 1897 bis 1. Januar 1902), darunter 117 Operationen mit Erhaltung des Uterus und 198 Totalexstirpationen, behandelt. 9 Fälle wurden nach der Mikulicz'schen Methode drainiert. Da eine ausführliche Anführung der Fälle zu umfangreich werden würde, wurde für ihre Mitteilung die tabellarische Form gewählt.

I. Teil.

Operationen mit Erhaltung des Uterus (Nr. 1—117).

1. Abschnitt

Drainage per vaginam (Nr. 1—108).

I. Erkrankungen des Uterus (Nr. 1 – 6).

A. Lageanomalieen des Uterus (Nr. 1—4).

Retroflexio uteri.

Operation: Kolpotomia posterior.

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
1	22 J.	ledig	—	Schmerzen im Unterleib. Ausfluss.	Uterus vergröss., schmerzhaft, retroflectiert.	Retroflexio uteri	M. Jodoformgaze per vaginam	30. IV. 98.	10. V.	geheilt	—	—
2	33 J.	Seit 10 J.	2 normale	Schmerzen im Bauch. Unregelmäss. Blutungen.	Uterus retroflectiert, fixiert. Linke Adnexe schmerzhaft.	Retroflexio uteri fixata. Pelveoperitonitis adhaesiva.	„	23. VII. 01.	3. VIII.	geheilt	—	—
					Operation: Vesicofixatio uteri per laparatomiam.							
3	29 J.	Seit 2½ J.	—	Schmerzen im Kreuz. Sterilität.	Uterus retroflectiert. Muttermund stenosiert.	Retrofl. uteri. Stenosis orif. ext.	Mit Jodof.-G. durch d. hint. Scheid.-gew.	24. II. 98.	21. III.	geheilt	—	—
					Operation: Kolpotomia anterior.							
4	36 J.	Seit 11 J.	1 normale	Schmerzen im Kreuz, Rücken und Bauch.	Uterus retrofl., fixiert. Parametrium schmerzh.	Retroflexio uteri fixata.	Mit Jodof.-G. per vaginam. spät. T-Drain.	4. XI. 98.	20. XII.	geheilt	—	—

B. Neubildungen des Uterus (Nr. 5–6).

Gutartige Neubildungen.

Myoma uteri.

Operation: Kolpotomia posterior.

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
5	37 J.	Seit 4 J.	—	Unreglm. Period. Schmerzen im Rücken u. Bauch.	Die obere Uterushälfte teilt sich in 2 Abschnitte	Myoma uteri subserosum	M. Jodoform-Gaze per vaginam.	9. XI. 97.	29. XI.	geheilt	—	—
6	32 J.	Seit 6 J.	2 Fehlgeburten	Seit 4 Wochen Metrorrhagieen.	Hinter dem Uterus e. runder harter Tumor.	Myoma uteri subserosum	M. Jodoform-Gaze per vaginam.	27. XI. 97	—	†	29. XI.	Acute Peritonitis.

II. Erkrankungen der Tuben (Nr. 7 – 38).

A. Salpingitis (Nr. 7–18).

Operation: Salpingotomia per kolpotomiam posteriorem.

7	26 J.	Seit 3 J.	1 normale 1 Steissgeburt	Schmerzen im Unterl. Drängen nach unten.	Beide Tuben verdickt. Rechtes Ovarium vergrössert.	Salpingitis duplex. Oophoritis:	M. Jodoform-Gaze per vaginam.	18. V. 98	2. VI.	geheilt.	—	—
8	31 J.	Seit 6 J.	5 normale	Schmerz. rechts im Bauch.	Rechte Adnexe verdickt u. verwachsen.	Salpingitis chronica. Pelveoperit.	M. Jodoform-Gaze per vaginam.	8 VI. 01	22. VI.	geheilt.	—	—
9	33 J.	Seit 7 J.	6 Geburt. Beid. erst. u. letzten manuelle Placent.-lösung	Schmerzen im Unterleib.	Linke Adnexe verdickt und fixiert.	Salpingitis chronica.	M. Jodoform-Gaze per vaginam.	5. VII. 01	20 VII	geheilt.	—	—
10	32 J.	Seit 1 J.	2 normale	Menorrhagieen.	Linke Adnexe verdickt.	Salpingitis.	Mit Jodof.-G. per vaginam	20 VII. 01.	3. VIII.	geheilt.	—	–

Operation: Saipingotomia per laparatomiam.

11	30 J	Seit 1 J.	—	Sehr starke, schmerzh. langdauernd. Period	Rechtes Parametrium schmerzh. R. Ovar. vergr.	Salpingitis Kyst ov. dextri	Mit Jodof.-G. durch d hint. Scheid.-gew.	22 II. 98.	19 III.	geheilt	—	—
12	25 J.	Seit 4 J.	1 normale	Ausbleiben der Periode. Schmerzen im Bauch. Ausfluss.	Hinter d. Uterus ein kindskopfgrosser, harter Tumor.	Salpingitis tuberculosa sinistra.	Mit Jodof.-G. durch d. hint. Scheid.-gew.	16 VII. 98.	11. VIII	geheilt	—	—
13	27 J	ledig	—	Menorrhagieen. Schmerzen im Bauch.	Rechts neben d. Uterus apfelgr. Geschwulst	Salpingitis gonorrhoica.	Mit Jodof.-G. durch d hint. Scheid.-gew.	30. V. 99,	24. VI.	geheilt	—	—
14	52 J	Seit 25 J.	—	Schmerzen im Unterleib und Kreuz.	Alle Organe verwachsen. Gross. Tumor im Douglas.	Salpingitis duplex. Kystoma ovarii.	Mit Jodof.-G. durch d. hint. Scheid.-gew.	22 XII 00.	—	†	28. XII.	Peritonitis. Perforation des Rectums.
15	33 J	Seit 1 J.	—	Heftige Schmerz. im Bauch.	Beide Adnexe verdickt und verwachsen	Doppelseitige chron. Adnexerkrankung.	„ spät. T-Drain.	14. X. 01.	14. XI	geheilt	—	—
16	24 J	ledig	—	Starke Periode. Schüttelfrost. Schmerz. i. Leib.	Beide Adnexe schmerzhaft.	Salpingitis duplex chronica.	Mit Jodof.-G. durch d. hint. Scheid.-gew. T-Drain.	2. XI 01.	27. XI	geheilt	—	—
17	23 J.	Seit 6 J.	3 Aborte	Schmerzen im Bauch besonders währ. d. Periode.	Links v. Uterus fluktuierende schmerzh. Infiltration.	Salpingitis chronica sinistra.	Mit Jodof.-G durch d. hint Scheid.-gew. spät. T-Drain	25. XI 01.	4. I. 02.	geheilt	—	—
18	40 J.	—	—	—	—	Salpingitis duplex.	Mit Jodof.-G durch d. hint Scheid.-gew.	27. XI 01.	23. XII.	geheilt	—	—

B. Haematosalpinx.

Operation: Salpingotemia per laparatomiam.

19	18 J	ledig	—	Krampfartige Schmerz. währ. der Periode.	Links v. Uterus kindskopfgross. fluktuirender Tumor.	Haematosalpinx sinistra.	Mit Jodof.-G. per vaginam.	17. XII. 01.	9. I. 02.	geheilt	—	—

C. Pyosalpinx (Nr. 20–32).

Operation: Salpingotomia per laparatomiam.

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
20	27 J.	seit 3/4 J.	—	Periode unregelmäss. Heftige Leibschmerzen.	Zu beid. Seiten d. Uterus je ein apfelgr. schmerzhaft., derb. Tum.	Pyosalpinx duplex.	Mit Jodof.-G. durch d hint. Scheid.-gew.	27. I. 98.	19. II.	geheilt	—	—
21	25 J.	seit 1 3/4 J.	1 Forceps. 1 Fehlgeburt	Schmerzen im Kreuz u. Bauch. Starke Periode.	Linkes Parametrium sehr schmerzh., infiltr.	Pyosalpinx sinistra.	Mit Jodof.-G. durch d. hint. Scheid.-gew.	16. I. 99.	10. II.	geheilt	—	—
22	31 J.	Seit 7 J.	—	Schmerzen im Kreuz u. Bauch.	Rechts u. links v. Uterus je ein prallelastischer schmrzh. Tumor.	Pyosalpinx duplex	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew.	24. VII. 99.	21. X.	geheilt	—	—
23	26 J.	ledig	1 normale	14tägige Blutung Stech. Schmerz im Bauch.	Links v. Uterus einprallelastisch. schmrzh. Tumor.	Pyosalpinx sinistra	„	28. VII. 99.	19. VIII.	geheilt	—	—
24	49 J.	6 J. Seit 11 J. Witwe.	4 normale	Schmerzen auf der recht. Bauch-Seite.	Rechts v. Uterus apfelgr. schmerzhafter Tumor.	Pyosalpinx dextra	„	28. VII. 98.	20. VIII.	geheilt	—	—
25	24 J.	ledig	—	Schmerzen im Bauch. Fieber. Abmagerung.	Rechts v. Uterus ein schmerzh. derber Tumor.	Pyosalpinx	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew. spät. T-Drain	12. IX. 99.	23 X.	geheilt	—	—
26	25 J.	Seit 2 J.	—	Schmerzen im Bauch beidersts. Fieb. Uebelsein.	Vor der Cervix geht e. schmerzhafte Resistenz nach beid. Seit.	Pyosalpinx duplex	„	16. II. 00.	23. IV.	geheilt	—	—
27	27 J.	ledig	—	Schmerzen im Kreuz u. Unterleib.	Zu beiden Seiten des Uterus je ein grosser derber Tumor.	»	„	14. II. 00.	28. IV.	geheilt v. d. Operation.	—	—

28	32 J.	seit 8 J.	—	Stech. Schmerz. im Bauch.	Beide Parametrien infiltriert.	Pyosalpinx dextra	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew.	3. III. 00.	—	†	7. III.	Peritonitis. Rectumperforation.
29	22 J.	ledig	—	Schmerz. i. Unterleib bes. während der Periode. Kopfschmerz.	Links vom Uterus apfelgross., hart. schmerzhafter Tumor.	Pyosalpinx sinistra	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew. spät. T-Drain.	27. VII. 00.	25. VIII.	ge-heilt	—	—
30	29 J.	ledig	—	Schmerz. i. Bauch und Kreuz und beim Urinieren.	Stark verwachs. schmerzh. linkss. Adnextumor.	,,	,,	4. XII. 00.	16. I. 01.	ge-heilt	—	—
31	26 J.	seit 6 J.	—	Heftige Schmerz. im Unterleib. Ausfluss. Fieber.	Beid Adnexe verdickt u. schmerzhaft.	Pyosalpinx duplex	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew.	23. XI. 00.	24. XII.	ge-heilt	—	—
32	22 J.	ledig	—	Schmerz. i. Bauch u. Kreuz. Unregelmäss. Blutungen.	,,	,,	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew. spät. T-Drain.	11. II. 01.	8. III.	ge-heilt	—	

D. Hydrosalpinx.

Operation: Salpingotomia per laparatomiam.

33	30 J.	—	—	—	—	Hydrosalpinx dextra	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew.	28. X. 98.	23. XI.	ge-heilt	—	—

E. Graviditas tubaria (Nr. 34—38).

Operation: Laparatomie.

34	27 J.	seit 2 J.	1 Fehlgeb.	Schmerz. i. Unterleib und Kreuz.	Hint. dem Uterus walzenförmiger, faustgrosser, fluktuierender, schmerzhafter Tumor.	Graviditas tubaria sinistra.	Mit Jodoformgaze durch d. hint. Scheid.-gewölbe.	11. I. 98.	3. II.	ge-heilt	—	—
35	—	—	—	—	—	Graviditas tubaria dextra. Kystoma ovarii sinistri.	,,	14. VII. 98.	7. VIII.	ge-heilt	—	—

No-	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
36	38 J	seit 9 J.	—	5 Wochen lang Ausbleiben der Periode, dann 4wöchentliche Blutg. Schmerz im Bauch.	Rechts v. Uterus hühnereigrosser, glatter Tumor. Links ein prallelastischer Adnextumor.	Graviditas tubaria dextra. Kystoma ovarii sinistri.	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid-gew. spät. T. Drain.	17. III. 99.	22. IV.	geheilt	—	—
					Operation: Kolpotomia posterior.							
37	26 J.	seit 2 J.	—	6 Wochen lang Ausbleiben der Period. Seit 10 T. Blutg. Schmerz. im Bauch.	Rechte Adnexe verdickt. Hinter d Uterus fluktuierender Tumor.	Graviditas tubaria dextra. Hämatocele retrout.	Mit Jodof.-gz p vaginam.	28 III 01.	—	†	5. IV.	Diffuse eitrige Peritonitis. Lobuläre Pneumonie.
38	35 J.	seit 11 J.	7 normale	Letzte Periode v. 5 Mt. Seit 5 Woch. Blutg. Schmerz. im Bauch.	Links v. Uterus e. harter, grosser, leicht bewegl. Tumor.	Graviditas tubaria sinistra	Mit Jodof.-gz per vaginam spät. T-Drain.	10. XII. 01.	4. I. 02.	geheilt	—	—

III. Erkrankungen der Eierstöcke (Nr. 39–82).

A. Entzündungen der Eierstöcke (Nr. 39–46)

1. Oophoritis (Nr. 39–40).

Operation: Kolpotomia posterior.

39	25 J.	seit 4 J.	1 normale	Schmerzen im Unterleib	Links v. Uterus gänseeigrosser, harter, Tumor.	Oophoritis sinistra	Mit Jodof.-gz. per vaginam	13. V. 98.	23. V.	geheilt	—	—
40	32 J.	ledig	—	Schmerz in der recht Bauchseit	Rechts v Uterus ein schmerzhaft Tumor.	Oophoritis dextra	„	17. XI. 00.	6. XII.	geheilt	—	—

2. Pyoovarium (Nr. 41—46).

Operation: Ovariotomia per laparatomiam.

41	27 J.	ledig	—	Geschwulst links i. Bauch. Abmagerung. Eit. i. Stuhlgang. Nachtschw. Schmerzen.	Links v. Uterus faustgross, hart. Tumor.	Pyoovarium sinistrum tuberculosum.	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew.	7. XII. 97.	—	†	12. XII.	Fibrinöseitrige Peritonitis.
42	16 J.	ledig	—	Ausbleiben der Periode.	Links v. Uterus faustgrosser, schmerzhafter Tumor.	Pyoovarium sinistrum.	,,	16. II. 98.	6 IV.	geheilt	—	—
43	24 J.	seit 2 J.	1 normale	Schmerzen im Unterleib.	Links v. Uterus kindskopfgross., schmerzhafter Tumor.	,,	Mit Jodof.-gz durch. d. hint. Scheid.-gew. spät. T-Drain.	28 VI. 98.	5. IX.	geheilt	—	—
44	23 J.	ledig	—	Schmerzen im Bauch. Abmag.	Links v. Uterus gänseeigrosser, hart. schmerzh. Tumor.	,,	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew.	13. V. 99.	24. VII.	geheilt	—	—
45	48 J.	seit 6 J.	1 normale	Schmerz. i. Bauch und Kreuz.	Links v. Uterus grosser harter schmerzhafter Tumor.	,,	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew. spät. T-Drain.	21. X. 99.	18. XI.	geheilt	—	—
46	31 J.	—	—	—	—	,,	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew.	11. VI. 01.	10. VII.	geheilt	—	—

B. Tumoren der Eierstöcke (Nr. 47—82).

1. Cystische Tumoren (Kystome) (Nr. 47—73).

Operation: Ovariotomia per laparatomiam.

47	—	—	—	—	—	Kystoma ovarii dextri.	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew.	3. XII. 97.	26. XII.	geheilt	—	—
48	39 J.	seit 11 J.	8 normale	Stechen in der linken Bauchseite.	Links v. Uterus e. hart., grosser, prallelast Tumor	Kystoma ovarii sinistri.	,,	4. V. 98	28. V.	geheilt	—	—

Nr.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
49	41 J.	seit 6 J.	2 normale	Vergrösserung d. Abdomens. Schmerzen im Unterleib.	Abdomen stark aufgetrieben. Tumor m. breit. Stiel.	Kystoma ovarii dextri.	Mit Jodof.-gz. durch das vordere Scheid.-gew.	14. V. 98.	4. VI.	geheilt	—	—
50	39 J	ledig	—	Schmerzen im Unterleib, besonders links:	Links v. Uterus kindskopfgross., schmerzhafter Tumor.	Kystoma ovarii sinistri.	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew.	8. II. 99.	20. III.	geheilt	—	—
51	46 J	seit 28 J.	9 normale	Seit 1/2 Jahr Ausbleib. d. Periode. Schmerzen im Bauch.	Links v. Uterus mannskopfgr., prallelastischer Tumor.	„	„	28. IV. 99.	24. VI.	geheilt	—	—
52	33 J.	seit 6 J.	—	Dysmenorrhoe. Schmerzen im Bauch.	Rechts v. Uterus ein prallelastischer Tumor.	Kystoma ovarii dextri.	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew. spät. T-Drain.	9. V. 99.	7. VI.	geheilt	—	—
53	49 J.	seit 27 J.	12 normal. 2 Fehlgeb.	Schmerz. in der recht. Bauchhälf. Schwächegefühl	Rechts und links v. Uterus je ein harter, glattwandiger Tumor.	Kystoma ovarii utriusque.	„	31. V. 99.	1. VII.	geheilt	—	—
54	43 J.	seit 26 J	1 normale	Kreuzschmerz. Obstipation.	Rechts und links v. Uterus je ein mittelh. schmerzhafter Tumor.	„	„	8. XI. 99.	16. XII.	geheilt	—	—
55	29 J	ledig	—	Heftige Schmerz. im Unterleib währ. d. Periode.	Links v. Uterus kindskopfgross., glattwandiger, praller Tumor.	Kystoma ovarii sinistri.	„	16 XII. 99.	29 I. 00.	geheilt	—	—
56	46 J.	—	—	—	—	Kystoma ovarii dextri. Pelveoperitonitis.	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew.	8. V. 99.	—	†	19. V.	Peritonitis

57	53 J.	ledig	—	Schmerzen und Druck im Unterleib.	Links u. rechts v. Uterus je e. ziem. gross. fluktuier. Tumor.	Kystoma ovarii utriusque.	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheidengewölbe.	2. V. 00.	25. V.	geheilt	—	—
58	32 J.	,,	—	Vergrösserung des Abdomens.	Rechts v. Uterus mannskopfgross. praller Tumor.	Kystoma ovarii dextri.	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew. spät. T-Drain.	3. IX. 00.	6. X.	geheilt	—	—
59	46 J.	,,	—	—	Rechts v. Uterus faustgross., prallelast., schmerzh. Tumor.	,,	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew.	3. XII. 00.	31. XII.	geheilt	—	—
60	42 J.	seit 1 J.	—	Vergrösserung des Abdomens. Leibschmerz.	Rechts v. Uterus kindskopfgross., prallelastischer Tumor. Ascites.	,,	,,	18. X. 00.	10. XI.	geheilt	—	—
61	50 J.	seit 24 J.	4 normale 1 Fehlgeb.	Vergrösserung des Abdomens	Kleines Becken ausgef. v. einem knoll., schmerzhaften Tumor.	,,	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew. spät. T-Drain.	6. III 01.	5. IV.	geheilt	—	—
62	39 J.	seit 16 J.	1 normale	Stech. Schmerz. in der linken Bauchseite.	Links v. Uterus üb. kindskopfg. fester Tumor.	Kystoma ovarii sinistri.	,,	3 V. 01.	10. VI.	geheilt	—	—
63	37 J.	ledig	1 normale	Schmerzen im Unterl. u. Kreuz. Vergrösserung des Abdomens.	Links v. Uterus glatter, mannskopfgr. Tumor.	,,	,,	11. V. 01.	22. VI.	geheilt	—	—
64	49 J.	seit 23 J.	—	Starke Schmerz. in der rechten Bauchseite.	Rechts u. links v. Uterus je e. fluktuier. schmerzhafter Tumor.	Kystoma ovarii utriusque.	Mit Jodof -gz. durch d. hint. Scheid.-gew.	18 VI. 01.	18. VII.	geh. von d. Operation	—	—
65	34 J.	seit 13 J.	1 normale	Schmerzen im Bauch u. Rücken Vergrösserung des Abdomens.	Links v. Uterus kindskopfgr., prallelast, Tumor.	Kystoma ovarii sinistri.	Mit Jodof.-gz durch d. hint. Scheid.-gew. spät. T-Drain.	19. VII. 01.	26. VIII.	geheilt	—	—

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
66	40 J.	seit 19 J.	2 Fehlgb.	Schmerz. i. d. lk. Bauchseite.	Links v. Uterus üb. kindskopfgr., weicher Tumor.	Kystoma ovarii sinistri.	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew. T-Drain.	23. VII. 01.	31. VIII.	geheilt	—	—
67	47 J.	ledig	—	Geschwulst i. d. link. Bauchhälft. Leibschmerz.	Links v. Uterus ist e. übermannskopfgr. elastisch. Tumor.	„	„	11. XI. 01.	—	†	14 XI.	Diffuse fibrinöseitrige Peritonitis
Operation: Ovariotomia per kolpotomiam posteriorem.												
68	38 J.	seit 14 J.	—	Heft. Schmerzen im Bauch.	Rechts v. Uterus gross., schmerzhafter, nicht abgrenzb. Tumor.	Kystoma ovarii dextri purulentum.	Mit Jodof.-gz. durch die Vagina.	10. XI. 00.	21. XII.	Auf d. Weg der Heilg.	—	—
69	25 J.	seit 3 J.	2 normale	Schmerzen im Kreuz.	Links v. Uterus kindskopfgross., harter Tumor.	Kystoma ovarii sinistri.	„	11. III. 01.	6. IV.	geheilt	—	—
70	38 J.	seit 16 J.	4 normale	Vergrösserung des Abdomens.	Rechte Adnexe üb. kindskopfgr., fluktuierender Tumor.	Kystoma ovarii dextri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	19. III. 01.	4. IV.	geheilt	—	—
71	35 J.	ledig	—	Heft. Schmerz. i. Leib, besonders links.	Rechts v. Uterus orangegrosser, fluktuier. Tumor.	„	„	14. VI. 01.	15. VII	geheilt	—	—
72	28 J.	seit 4 J.	1 normale	Krampfartige Schmerzen im Leib u. Kreuz.	Links v. Uterus apfelgrosser Tumor.	Kystoma ovarii sinistri.	„	29. X.	15. XI.	geheilt	—	—
Operation: Ovariotomia per kolpotomiam anteriorem.												
73	35 J.	seit 7 J.	4 normale 1 Forceps 1 Fehlgeb.	Schmerz. in der recht. Bauchseit. Erbrechen.	Rechts v. Uterus kindskpf g. Tum. Uterus vergröss. schmerzhaft.	Kystoma ovarii dextri. Myoma uteri.	Mit Jodof.-gz. durch d. vord. Scheid.-gew.	30. V. 00.	16. VI.	geheilt	—	—

Operation: Ovariotomia per laparatomiam.

74	47 J.	ledig	1 normale	Vergrösserung des Abdomens. Abmagerung. Erbrechen.	Abdomen ausgetüllt durch. knoll. Tumor. Ascites. Oedem d. Beine. Bauchumfang 111 cm.	Maligne Ovarialtumoren.	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheidengewölbe.	18. I. 98.	—	†	18. I.	Allgemeine Anaemie etc. etc.
75	40 J.	,,	—	Vergrösserung des Abdomens. Abmag. Krämpf. Erbrechen.	Rechts u. links v. Uterus harte, knoll. Tumoren. Ascites. Drüsenschwellung.	,,	,,	29. IV. 99.	20. V.	geheilt von d. Operation	—	—
76	51 J.	,,	—	Geschwulst im Bauch. Schmerz. Abmagerung.	Rechts u. links v. Uterus, harte, knoll. Tumoren. Gering. Ascites.	Tumor ovarii utriusque	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew.	8. V. 99.	10. VI.	,,	—	—
77	41 J.	seit 16 J.	4 normale	Vergrösserung des Abdomens. Schmerzen im Bauch. Dyspnoe. Abmagerung.	Abdomen stark vergrössert. Leibesumfang 120 cm. Ascites. Verschiedene Resistenzen.	,,	,,	1 XII. 99.	—	†	21. XII.	Peritonitis
78	54 J.	seit 27 J	3 normale	Schmerzen im Unterleib. Appetitlosigkeit.	Rechts u. links v. Uterus grosse, knoll. Tumoren.	,,	,,	25. V. 00.	12. VI.	geheilt v. der Operation.	—	—
79	53 J.	seit 25 J.	9 normale 6 Fehlgeb.	Vergrösserung des Abdomens. Schmerzen im Bauch u Kreuz.	Links v. Uterus harter, kindskopfgrosser Tumor. Undulation des Abdomens.	Tumor ovarii sinistri malignus.	,,	7. VII. 00.	21. VII.	,,	—	—

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
80	60 J.	Witw. seit 10 J. Verh. 23 J.	15 normal. 1 mal Oophoritis.	Geschwulst im Abdomen. Schmerzen im Bauch.	Links v. Uterus harter, höckerig. Tumor. Ascites. Leibesumfang 104 cm.	Tumor ovarii sinistri malignus.	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheidengewölbe.	7. X. 01.	1. XI.	geheilt	—	—
81	45 J.	seit 11 J.	3 normale 1 Forceps.	Geschwulst im Bauch. Bauchschmerzen. Kreuzschmerz.	Rechts v. Uterus kindskopfgross., höcker. Tumor. Rechte Inguinaldrüsen vergrössert.	Tumor malignus ovarii dextri.	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew. spät. T-Drain.	20. resp. 24. XI. 01.	—	†	24. XI.	Allgemeine Peritonitis.
					Operation: Ovariotomia per kolpotomiam posteriorem.							
82	41 J.	seit 17 J	8 normale	Schmerzen im Bauch u. Kreuz.	Rechts v. Uterus faustgrosser, schmerzhafter, weich. Tumor.	Tumor ovarii dextri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	27. XI. 97.	18. XII.	geheilt	—	—

IV. Erkrankungen des Beckenbauchfells und Beckenbindegewebes (Nr. 83—108)

A. Entzündungen des Beckenbauchfells und Beckenbindegewebes (Nr. 83—100).

1. Pelveoperitonitis (Nr. 83—88).

Operation: Kolpotomia posterior.

83	31 J.	seit 7 J.	3 normale 1 Fehlgeb.	Weissgelb. Ausfluss. Schmerzen im Unterleib.	Links Ligam. latum verkürzt. R. Ovarium vergröss. schmerzh.	Pelveoperitonitis.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	27. IV. 98.	9. V.	geheilt	—	—
84	35 J.	ledig	1 normale	Weisser Ausfluss. Schmerzen in der linken Bauchseite.	Das ganze parametrale Gewebe schmerzhaft. Uterus fixiert.	„	„	26. IV. 98.	9. V.	geheilt	—	—

85	27 J.	seit 6 J.	1 normale 1Fehlgeb.	Menorrhagieen. Kreuz- und Bauchschmerz.	Uterus fixiert, vergrössert, schmerzhaft.	Pelveoperitonitis.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	13. III. 00.	31. III.	geheilt	—	—
86	37 J.	ledig	—	Schmerzen im Unterleib.	Uterus fixiert. Adnexe verwachsen.	„	„	22. V. 00.	2. VI.	geheilt	—	—
87	28 J.	seit 7 J.	—	Schmerzen im Bauch u. Kreuz.	Uterus fixiert. Adnexe verwachsen. Rechts Ovarium vergrössert.	„	Mit Jodof.-gz. per vaginam spät. T-Drain.	5. XI. 00.	22. XI.	geheilt	—	—
					Operation: Laparatomie.							
88	33 J.	seit 10 J.	2 normale Nach d. 2. Puerperalfieb. 1Fehlgeb.	Schmerzen in d. link. Bauchseite. Erbrechen.	Uterus fixiert. Rechte Adnexe verwachsen.	Pelveoperitonitis.	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew. spät. T-Drain.	14 XI. 00.	12. I. 01.	geheilt	—	
					2. Perimetritis (Nr. 89–91).							
					Operation: Laparatomie.							
89	23 J.	ledig	—	Schmerzen in der rechten Bauchseite.	Auf der rechten Uterusseite gänseeigrosser hart. Tumor.	Perimetritis Kystoma ovarii dextri.	Mit Jodof.-gz. durch d. vord. Scheid.-gew.	15. VI. 98.	12. VII.	geheilt	—	—
90	34 J	seit 11 J.	2 norm. Geburten. 3Fehlgeb.	Unterleibsschmerzen.	Uterus retroflectiert. Beide Adnexe verwachsen.	Perimetritis. Retroflexio uteri.	Mit Jodo.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew.	4. VII. 98.	26. VIII.	geheilt	—	—
91	—	—	—	—	—	Primetritis chronica.	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew.	20. VI. 98.	17. VII.	geheilt	—	—
					3. Parametritis (Nr. 92).							
					Operation: Incision.							
92	31 J.	seit 3 J.	4 normale Geburten.	Schmerzen im Leib.	Rechts neben dem Uterus druckempfindl. Resistenz.	Parametritis dextra.	T-Drain durch Bauchwunde und Vagina.	11. III. 99.	29. IV.	Auf d. Weg der Heilg.	—	—

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
4. Peritonitis tuberculosa (Nr. 93—100).												
Operation: Kolpokoeliotomia posterior.												
93	21 J.	ledig	—	Vergrösserung des Abdomens. Schmerzen im Unterleib.	Abdomen aufgetrieben. Ascites.	Tuberculosis peritonei.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	21. VI. 98.	7. VII.	geheilt von d. Operation. Tb. gebess.	—	—
94	28 J.	seit 6 J.	4 normale	Abdomen aufgetrieben.	Kindskopfgr. Tumor der link. Adnexe. Ascites.	Tuberculosis peritonei. Kystoma ovarii sinistri.	„	11. II. 99.	27. II.	geheilt	—	—
95	17 J.	ledig	—	Stechen in der linken Bauchgegend.	Habitus phtisicus. Ascites.	Tuberculosis peritonei.	„	15. III. 00.	28. III.	geheilt von d. Operation. Tb. gebess.	—	—
96	30 J.	seit 6 J.	3 normale	Schmerzen in der rechten Bauchseite.	Abdomen stark aufgetrieben. Ascites.	„	„	20. V. 01.	5. VI.	„	—	—
97	52 J.	seit 26 J.	3 normale 1 Fehlgeburt	Vergrösserung des Abdomens. Schmerzen.	Abdomen meteoritisch aufgetrieben. Gering. Ascites.	„	„	19. VI. 01.	6. VII.	geheilt	—	—
Operation: Laparatomie.												
98	38 J.	seit 15 J.	7 normale	Schmerzen im Unterleib.	Uterus fixiert. Linke Adnexe. verdickt.	Tuberculosis peritonei.	Mit Jodof.-gz. durch d. vord. Scheid.-gew.	26. VII. 98.	18. VIII.	geheilt	—	—

99	23 J.	ledig	—	Heft. Schmerz. im Unterleib. Vergrösserung des Abdomens.	Abdomen stark aufgetrieben. Leibesumfang 93 cm.	Tuberculosis peritonei	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew.	19. XI. 00.	31. XII.	geheilt	—	—
100	17 J.	ledig	—	Schmerzen im Unterleib. Erbrechen.	Abdomen stark meteoritisch aufgetrieben.	„	T-Drain durch d. hint. Scheid.-gew.	30. IX. 01.	28. XII.	Von d. Operation geh. Tb. ungeh.	—	—

B. Blutungen des Beckenbauchfells und Beckenbindegewebes (Nr. 101 - 107).

Haematocele retrouterina (Nr. 101—107).

Operation: Laparatomie.

101	32 J.	seit 1 J.	—	6 Wochen langes Ausbleiben der Periode. Unregelmäss. stark. Blutungen. Schmerzen im Abdom. u. Kreuz.	Hinter d. Uterus elastischer, schmerzhafter Tumor.	Haematocele retrouterina post abort. tubar.	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew.	8 VI. 99.	1 VII.	geheilt	—	—
102	26 J.	seit 2 J.	1 normale	Unregelmäss. Blutungen. Schmerzen im Bauch u. Kreuz.	Hinter d. Uterus kindskopfgross., schmerzhafter Tumor.	Haematocele retrouterina.	Mit Jodof.-gz durch d. hint. Scheid.-gew. spät. T-Drain.	12. VII. 99.	12. VIII.	geheilt	—	—
103	24 J.	seit 4 J	2 normale	Unregelmäss. Blutungen. 14 Tg. nach der letzten Periode Krämpfe im Bauch.	Hinter d. Uterus grosser, druckempfindlicher Tumor.	Haematocele retrouterina post abort. tubar.	Mit Jodof.-gz. durch das eröffnete hint. Scheid.-gew.	9. XII. 99.	2. I 00.	geheilt	—	—
104	26 J.	seit 2 J.	2 normale	Letzte Periode vor 2½ Monaten. Vor 7 Wochen Krämpfe im Unterl. Blutung. Erbrechen.	Hinter dem vergröss. Uterus 2 faustgrosser, druckempfindl. Tumor.	„	Mit Jodof.-gz durch d. hint. Scheid.-gew spät. T-Drain.	29. XI. 99.	27. XII.	geheilt	—	—

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
105	26 J.	seit 1 J.	—	Seit 1 Monat Blutung. Schmerzen im Bauch.	Hinter d. Uterus faustgrosser, schmerzhafter Tumor.	Haematocele retrouterina post abort. tubar.	Mit Jodof.-gz. durch d. hint. Scheid.-gew. spät. T-Drain.	28. II. 00.	24. III.	geheilt	—	—
106	37 J.	seit 13 J.	1 normale 1 Fehlgeburt.	Letzte Periode vor 2 Monaten. Seit 5 Wochen unregelmässige Blutungen. Schmerzen.	Hinter d. Uterus grosser Tumor.	,,	,,	28 XII. 00.	24. I. 01.	geheilt	—	—
107	34 J.	seit 12 J.	7 normale 3 Fehlgeburten.	8 Wochen langes Ausbleiben der Periode. Seit 5 Wochenunregelmäss. Blutungen.	Hinter d. Uterus faustgrosser Tumor. Linke Adnexe vergrössert.	Haematocele retrouterina post abort. tubar. sinistr.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	22. V. 00.	1. VI.	geheilt	—	-

C. Bauchschwangerschaft.

Operation: Kolpotomia posterior.

108	38 J.	seit 14 J.	2 normale	7 Wochen lang. Ausbleiben der Periode. Dann Krämpfe im Unterl. Abdom. vergrössert.	Im Abdomen mannskopfgr., fluktuierender, schmerzhafter Tumor.	Extrauterin-gravidität.	Tamponade mit Jodof.-gz. per vaginam.	11. und 26. V. 00. (Lap.)	—	†	26. V.	Verblutung.

Tampondrainage nach Mikulicz (Nr. 109—117).

I. Erkrankungen der Tuben (Nr. 109—110).

A. Haematosalpinx.

Operation: Salpingotomia per laparatomiam.

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
109	30 J.	seit 6 J	1 normale 1 Fehlgeburt.	Letzte Periode vor 15 Wochen. Nach 8 Wochen Schmerzen, nach 11 Wochen Blutung.	Hinter d. Uterus grosser, harter Tumor. Links walzenförmiger Tumor.	Haematosalpinx sinistra. Haematocele retrouterina.	Tampondrainage nach Mikulicz.	5 VII. 98	30. VII.	geheilt	—	—

B. Graviditas tubaria.

Operation: Laparatomie.

110	31 J.	seit 1 J.	—	Schmerzen im Bauch. Ausbleib. der Periode, dann Blutungen.	Rechts neben d. Uterus apfelgr., schmerzhafter Tumor.	Graviditas tubaria dextra.	Tampondrainage nach Mikulicz.	12. XII. 98.	—	†	17 XII.	Peritonitis

II. Erkrankungen der Eierstöcke (Nr. 111—112).

Cystische Tumoren (Kystome) (Nr. 111—112).

Operation: Ovariotomia per laparatomiam.

111	28 J.	seit 2 J.	1 normale	Schmerzen in d. link. Bauchseite.	Im Abdomen ein gross., prall. Tumor.	Kystoma ovarii.	Tampondrainage nach Mikulicz.	2. XI. 97.	4 XII.	geheilt	—	—
112	32 J.	seit 7 J.	1 normale	Schmerzen im Unterleib.	Links v. Uterus orangegrosser runder Tumor.	Kystoma ovarii sinistri.	„	13 VI. 98.	5 VII.	geheilt	—	—

III. Erkrankungen des Beckenbauchfells und Beckenbindegewebes (Nr. 113—117).

A. Entzündungen des Beckenbauchfells und Beckenbindegewebes.

Peritonitis tuberculosa. Operation: Laparatomie.

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
113	34 J.	seit 11 J	6 normale	Vergrösserung des Abdomens Kreuzschmerz.	Rechts i. kleinen Becken prallelastisch., fluktuierender, schmerzhafter Tumor.	Abgesacktes tuberculöses Exsudat. Tuberc. peritonei.	Tampondrainage nach Mikulicz. Spät. Drain.	12. X. 00.	9. II. 01.	geheilt von d. Operation. Tb. gebess.	—	—

B. Blutungen des Beckenbauchfells und Beckenbindegewebes (Nr. 114—117).

Haematocele retrouterina. Operation: Laparatomie.

114	24 J.	seit 4 J.	—	5 Wochen lang. Ausbleiben der Periode. Seit 7 Wochen Blutung.	Vor dem Uterus kindskopfgr., elastisch. Tumor.	Haematocele anteuterina post abort. tubar.	Tampondrainage nach Mikulicz.	6. V. 98.	28. V.	geheilt	—	—
115	39 J.	seit 6 J.	2 normale	Blutung seit 6 Wochen. Schmerzen im Unterleib.	Hinter d. Uterus mannskopfgr., prallelastischer Tumor.	Haematocele retrouterina post abort. tubar.	„	22. VI. 98.	16. VII.	geheilt	—	—
116	29 J.	seit 7 J.	4 normale	5 Wochen lang. Ausbleiben der Periode. Unregelmässige Blutungen. Schmerzen.	Hinter d. Uterus gross., schmerzhafter Tumor.	„	„	1. VII. 98.	25. VII.	geheilt	—	—

117	37 J.	seit 12 J.	2 normale	5 W. lang. Ausbl d. Period. Seit 2 Monat. unregelmäss. Blutungen.	Hinter d. Uterus hühnereigross., fluktuierender Tumor.	Haematocele retrouterina post abort. tubar.	Tampondrainage nach Mikulicz.	30. VII. 98.	27. VIII.	geheilt	—	—

II. Teil.

Totalexstirpationen des Uterus (Nr. 118—315).

Drainage per vaginam.

I. Erkrankungen des Uterus (Nr. 118 – 278).

A. Entzündungen des Uterus (Nr. 118 – 125).

Endometritis. Metritis.

Operation: Totalexstirpation per vaginam.

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
118	35 J.	seit 16 J.	8 normale 1 Forceps	Menorrhagieen. Schmerzen während der Periode.	Endometrium rauh, schmerzh.	Endometritis.	Mit Jodof gz. per vaginam.	31. I. 98.	16. II.	geheilt	—	—
119	48 J.	seit 23 J.	9 normale	Starke Blutungen.	Uterus vergrössert, hart.	Endometritis-Metritis.	„	20. V. 98.	20. VI.	geheilt	—	—
120	46 J.	seit 18 J.	4 normale 1 Forceps	Menorrhagieen. Intermenstruelle Blutungen.	Uterus stark vergrössert, hart. Endometrium rauh.	„	„	23. VIII. 98.	8. IX.	geheilt	—	—
121	50 J.	seit 31 J.	10 normal.	Lang dauernde Periode.	Uterus vergrössert, hart.	Endometritis	„	13. IX. 98.	5. X.	geheilt	—	—
122	45 J.	seit 25 J.	8 normale 1 Fehlgeburt	Metrorrhagieen. Fluor.	Uterus faustgr., hart. Sondierung schmerzhaft.	Endometritis-Metritis	„	17. VII. 99.	4. VIII.	geheilt	—	—
123	46 J.	seit 23 J.	1 normale 2 Forcipes 2 Fehlgeb.	Blutiger Ausfluss.	Uterus vergrössert, schmerzhaft.	„	„	30. IX. 99.	20. X.	geheilt	—	—

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
124	48 J.	ledig.	—	Unregelmässige Period. Krämpfe im Unterleib.	Uterus etwas vergrössert.	Endometritis	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	7. XII. 99.	30.XII.	geheilt	—	—
125	45 J	seit 26 J.	7 normale 1 Fehlgeburt	Ununterbroch. Blutung.	Uterus vergrössert, hart.	,,	,,	4. VII. 01.	23.VII.	geheilt	—	—

B. Lageanomalieen des Uterus (Nr. 126—131).

1. Retroflexio uteri (Nr. 126—128).

Operation: Totalexstirpation per vaginam.

126	40 J.	seit 16 J.	10 normal. 2 Fehlgeburten	Unregelmässige Blutung. Schmerzen im Rücken.	Uterus stark retroflektiert, fixiert. Linkes Ovarium prall vergrössert.	Retroflexio uteri fixata. Kystoma ovarii sinistri.	Mit Jodof.-gz per vaginam.	16. V. 98.	2. VI.	geheilt	—	—
127	44 J.	seit 19 J.	1 Forceps	Unterleibsbeschwerden. Harndrang.	Uterus vergrössert, retroflektiert, fixiert. Vor der Vulva ein Teil der vord. und hint. Vaginalwand.	Retroflexio uteri fixata. Inversio vaginae.	,,	14. VI 98	5. VII.	geheilt	—	—
128	26 J.	ledig.	—	Unregelmässige Periode. Ausfluss.	Uterus hart, retroflektiert. Beide Adnexe schmerzhaft.	Retroflexio uteri. Beiderseits chronische Adnexerkr.	,,	2. VII.	21.VII.	geheilt	—	—

2. Prolapsus uteri (Nr. 129—131).

Operation: Totalexstirpation per vaginam.

129	57 J.	seit 28 J.	7 normale	Vorfall. Schmerzen im Unterleib.	Vor der Vulva der Uterus als birngr. Tumor. Beide Vaginalwänd. prolabiert.	Prolapsus uteri. Cystocele et Rectocele vaginalis.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	29 IV. 98.	16. V.	ge-heilt	—	—
130	50 J.	seit 19 J.	1 normale	Unregelmässige, starke, schmerzhafte Periode. Vorfall.	Vor der Vulva liegt d. Uterus.	Prolapsus uteri.	,,	9. V. 98.	1. VI.	ge-heilt	—	—
131	58 J.	seit 28 J.	1 normale	Vorfall. Schmerzen im Unterleib.	Uterus prolabiert. Decubitusgeschwür.	,,	,,	13. V. 01.	30. V.	ge-heilt	—	—

C. Neubildungen des Uterus (Nr. 132—278).

1. Gutartige Neubildungen (Nr. 132—208).

a) Myom des Uterus (Nr. 132—207).

Operation: Totalexstirpation per vaginam.

132	50 J.	23 J. Witwe seit 4 J.	4 normale	Schmerzen im Kreuz.	Uterus vergröss., schmerzhaft.	Myoma uteri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	22. XI. 97.	23. XII.	ge-heilt	—	—
133	52 J.	seit 27 J.	2 normale	Unregelmässige Blutungen.	Uterus vergröss. Links apfelgrosser, harter Tumor.	,,	,,	21. XII. 97.	14. I. 98.	ge-heilt	—	—
134	35 J.	seit 9 J.	1 normale 1 Fehlgeburt	Blutungen mit Kreuzschmerz.	Uterus hart, vergrössert. Rechts oben am Fundus ein Höcker.	,,	,,	5. II. 98.	26. II.	ge-heilt	—	—
135.	53 J.	seit 26 J.	8 normale	Menorrhagieen Bauchschmerz.	Uterus vergröss. In der Cervix Polypen. Rechts praller Tumor.	Myoma uteri. Kystoma ovarii dextri.	,,	2. III. 98.	19. III.	ge-heilt	—	—

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
136	45 J.	seit 23 J.	5 normale	Schmerzen im Bauch u. Kreuz. Ausfluss.	Uterusvergröss., hart, höckerig.	Uterus myomatosus.	Mit Jodof.-gz per vaginam.	23. V. 98.	13. VI.	geheilt	—	—
137	59 J.	seit 34 J.	5 normale	Blutungen.	Uterusvergröss., hart.	Myoma uteri.	„	10. VI. 98.	9 VII.	geheilt	—	—
138	44 J.	ledig	—	Schmerzen im Unterleib und Kreuz.	Uterus höckerig. Rechts e. gänseeigrosser, praller Tumor.	Myomata uteri subserosa. Kystoma ovarii dextri.	„	9 VII. 98.	25. VII.	geheilt	—	—
139	48 J.	seit 21 J.	9 normale	Ausfluss. Schmerzen im Bauch. Blutungen.	Im Fundus subumcöses Myom.	Myoma uteri submucosum.	„	29. X. 98.	19. XI.	geheilt	—	—
140	39 J.	seit 13 J.	2 normale 1 Fehlgeburt	Unregelmässige Blutungen.	Uterus vergröss. Hint. ihm gänseeigrosser, harter Tumor.	Myoma uteri. Tumor retrouterinus.	„	5. XII. 98.	24. XII.	geheilt	—	—
141	—	–	—	—	—	Myoma uteri.	„	2. V. 98.	31. V.	geheilt	—	—
142	—	—	—	—	—	„	„	6. V. 98.	28. V.	geheilt	—	—
143	45 J.	—	—	—	—	„	„	5. XI. 98.	22 XI.	geheilt	—	—
144	43 J.	seit 23 J.	8 normale 2 Fehlgeburten	Monorrhagieen.	Uterus vergröss., hart.	„	„	1 II. 99.	15. III.	geheilt	—	—
145	49 J.	5 J. seit 4 J. Witwe	2 Geburtenmit ärztl. Hilfe 1 Fehlgeburt	Unregelmässige Blutungen.	Uterusvergröss., sehr hart.	„	„	26. IV. 98.	15. V.	geheilt	—	—

146	39 J.	seit 9 J.	—	Dysmenorrhoe.	Uterus vergröss., hart, retroflektiert, fixiert. Links hühnereigrosser Tumor.	Retroflexio uteri myomatosi fixata. Tumor ovarii sinistri.	M. Jodoform-Gaze per vaginam.	12. V. 99.	31. V.	geheilt	—	—
147	51 J.	seit 22 J.	5 normal., 1 manuell. Placentarl. 1 Querlage, 3 Fehlgeburten	Unregelmäss. Blutungen. Ausfluss. Schmerzen.	Uterus stark vergrössert, hart.	Myoma uteri.	,,	18. V. 99.	14. VI.	geheilt	—	—
148	44 J.	ledig	1 Forceps	Unregelmässige, profuse Blutungen.	Uterus hart, vergrössert.	,,	,,	10. VI. 99.	1. VII.	geheilt	—	—
149	59 J.	seit 32 J.	1 normale	Ausfluss, Schmerzen.	Uterus vergröss. Hinter d. Cervix faustgr. Tumor.	Fibromyoma uteri.	,,	17. VI. 99.	—	†	10. VII.	Septische Peritonitis.
150	46 J.	seit 25 J.	9 normale 2 Fehlgeburten	Menorrhagieen mit Schmerzen.	Uterus vergröss. Innen- u. Aussenfläche höckerig.	Intramurale Myome des Uterus.	,,	26. VII. 99.	10. VIII.	geheilt	—	—
151	37 J.	ledig	—	Intermenstruelle Blutungen.	Rechts vom Uterus hühnereigrosser Tumor.	Myoma uteri subserosum.	,,	15. IX. 99.	28. X.	geheilt	—	—
152	50 J.	seit 25 J.	3 normale 1 Forceps 1 Querlage 3 Fehlgeburten	Intermenstruelle Blutungen. Schmerzen im Bauch u. Kreuz.	Uterus vergrössert, schmerzhaft.	Myoma uteri.	,,	12. X. 99.	6. XI.	geheilt	—	—
153	48 J.	ledig	1spontan. mit manueller Placentarlösung	Schmerzen im Unterleib.	Uterus schmerzhaft, vergrössert.	,,	,,	30. X. 99.	20. XI.	geheilt	—	—

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
154	49 J.	seit 28 J.	6 normale 1 Frühgeburt	Unregelmässige Blutungen.	Uterus vergröss., höckerig.	Myoma uteri.	M. Jodoform-Gaze per vaginam.	26. X. 99.	15. XI.	geheilt	—	—
155	49 J.	seit 26 J.	4 normale	Starke 4-tägige Blutung.	Uterus vergrössert.	Uterus fibromatosus.	,,	31. X. 99.	20. XI.	geheilt	—	—
156	31 J.	ledig	—	Schmerzen im Unterleib u. Kreuz.	Oberhalb des orificium internum uteri runder, harter Tumor.	Myoma uteri.	,,	8. XI. 99.	25. XI	geheilt	—	—
157	51 J.	seit 25 J.	4 normale	Menorrhagieen. Kreuzschmerz.	Uterus vergr., hart, derb.	,,	,,	21. XI. 99.	7. XII.	geheilt	—	—
158	48 J.	8 J. seit 16 J. Witwe	6 normale	Unregelmässige Blutungen.	Uterus vergrössert.	,,	,,	16. I. 00.	3. II.	geheilt	—	—
159	37 J.	ledig	—	Menorrhagieen. HeftigeSchmerz. im Unterleib.	Vor der Portio ein gross., hart., runder Tumor.	Myoma cervicis.	,,	1. II. 00.	24. II.	geheilt	—	—
160	39 J.	9 J. seit 8 J. Witwe	5 normale	Metrorrhagieen. Kreuzschmerz.	Uterus derb, vergrössert. Im Muttermund runder Tumor.	Myoma submucosum.	,,	1. III 00.	21. III.	geheilt	—	—
161	41 J.	seit 18 J.	4 normale 4 Querlg. 2 Fehlgeburten	Starke Menorrhagieen.	Uterus hart, stark vergrössert.	Myoma uteri.	,,	14. III. 00.	5. IV.	geheilt	—	—
162	55 J.	ledig	—	Schmerzen im Unterleib. Menorrhagieen.	Rechts v. Uterus gänseeigrosser, derber Tumor.	Myoma uteri subserosum.	,,	2. V. 00.	22. V.	geheilt	—	—

163	41 J.	ledig	—	Schmerzen im Bauch. Unregelmäss. Blutungen.	Uterus vergrössert, hart, höckerig.	Myomata uteri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	3. V. 00.	23. V.	geheilt	—	—
164	55 J.	seit 31 J.	4 normale 6 Fehlgeburten	Intermenstruelle Blutungen. Schmerzen im Unterleib.	Uterus vergrössert, hart.	Myoma uteri.	,,	5. u. 31. V. 00.	3. VII.	geheilt	—	—
165	40 J.	seit 16 J.	1 Wendg. 3 Forcipes	Starke Periode. Ausfluss. Schmerzen im Unterleib.	Uterus vergrössert, hart.	Uterus myomatosus.	,,	16. V. 00.	1. VI.	geheilt	—	—
166	44 J.	seit 19 J.	—	Menorrhagieen. Schmerzen im Bauch u. Kreuz.	Hinter d. Cervix faustgrosser derber Tumor.	Myoma uteri.	,,	11. VI. 00.	7. VII.	geheilt	—	—
167	48 J.	seit 23 J.	2 normale 1 Fehlgeb.	Metrorrhagieen Schmerzen im Unterl. u. Kreuz.	Uterus vergrössert. Linke Tube verdickt.	Myoma uteri. Salpingitis.	,,	25. VI. 00.	16. VII.	geheilt	—	—
168	63 J.	seit 37 J.	1 normale	Unregelmäss. Blutungen.	Uterus vergrössert.	Myoma uteri.	,,	6. VII. 00.	25. VII.	geheilt	—	—
169	43 J.	seit 14 J.	3 normale 1 Querlg. 1 Fehlgeb.	Starke Schmerz. bei d. Periode. Uebelrch. Ausfl.	Uterus kindskopfgross, hart	Myoma uteri gangränosum.	,,	27. IX. 00	20. X.	geheilt	—	—
170	33 J.	seit 13 J.	—	Heft. Schmerzen im Bauch. Fluor albus.	Uterus hart, vergrössert. Rechts v. Uterus kindskopfgross., harter Tumor.	Myoma uteri. Rechter Adnextumor.	,,	21. XI. 00.	13. XII.	geheilt.	—	—
171	54 J.	4 J. seit 10 J. Witwe.	2 normale	seit 4 Wochen Blutung.	Uterus vergröss., derb. Links hühnereigross., weicher Tumor.	Myoma uteri. Tumor ovarii sinistri.	,,	1. XII. 00.	27. XII	geheilt.	—	—
172	40 J.	seit 12 J.	—	seit 2 Jahren fast ununterbrochen. Blutungen.	Uterus ist ein knolliger, kindskopfgrosser Tumor.	Myomata uteri.	,,	1. III. 01.	18. III.	geheilt	—	—

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
173	46 J.	seit 16 J.	6 normale	Starke Periode mit heftigen Scmerzen. Ausfluss.	Vom Fundus geht ein kindskopfgrosses submucöses Myom aus.	Myoma uteri submucosum.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	9. III. 01.	26. III.	geheilt	—	—
174	46 J.	seit 22 J.	5 normale 1 Fusslage 1 Schräglage	Starke Blutung. Schmerzen in d. rechten Bauchseite.	Uterus vergröss., hart. Im Muttermund taubeneigrosse Geschwulst.	Polypus fibrosus uteri Myomata uteri.	,,	9. III. 01.	30. III.	geheilt	—	—
175	45 J.	seit 26 J.	1 normale	Unterleibsbeschwerden.	Uterus gross, hart, höckerig. Rechts ein apfelgrosser Höcker.	Myomata uteri subserosa et interstitialia.	,,	30. IV. 01.	18. V.	geheilt	—	—
176	50 J.	seit 22 J.	2 normale	Menorrhagieen. Kopfschmerzen.	Uterus hart, vergrössert. In der Wand, faustgrosser, harter Tumor.	Myoma uteri interstitiale.	,,	6. V. 01.	23. V.	geheilt	—	—
177	50 J.	seit 26 J.	9 normale	Derbe Resistenz rechts im Unterleib.	Uterus vergröss., hart, knollig.	Myomata uteri subserosa.	,,	10. VII. 01.	27. VII.	geheilt	—	—
178	45 J.	seit 20 J.	—	15 tägige starke Blutung. Schmerzen im Unterleib.	Uterus vergröss. Recht. Ovarium prall vergröss.	Myomata uteri. Kystoma ovarii dextri.	,,	14. V. 01.	30. V.	geheilt	—	—
179	40 J.	ledig	—	Schmerzhafte Menorrhagieen.	Uterus vergröss., hart, Rechts ein Höcker.	Myomata uteri subserosa et intramuralia.	,,	17. V. 01.	6. VI.	geheilt	—	—

180	40 J.	seit 20 J.	2 normale	Blutungen.	Uterus vergröss. Wallnussgrosser Polyp.	Polypus fibrosus uteri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	14. u. 18. VI. 01.	—	†	21. VI.	Eitrig. Streptococcenperitonitis.
181	32 J.	seit 10 J.	1 spontan. Placenta von Hebamme geholt. Puerperalfieb.	Schmerzen im Kreuz und Unterleib.	Uterus hart, vergrössert. Links hühnereigrosser Höcker.	Myoma uteri subserosum.	,,	15. VII. 01.	2. VIII.	geheilt	—	—
182	50 J.	seit 29 J.	7 normale	Unregelmässige stark. Blutungen. Schmerzen im Bauch.	Uterus stark vergrössert, hart.	Uterus myomatosus.	,,	22. VII. 01.	—	†	31. VII.	Peritonitis. Perforation des Dünndarms.
183	45 J.	seit 21 J.	5 normale	Starke Periode. Blutiger Ausfluss. Schmerzen im Leib.	Im Uteruscavum apfelgrosser Tumor.	Myoma uteri submucosum.	,,	6. VIII. 01.	31. VIII.	geheilt	—	—
184	47 J.	seit 24 J.	1 normale	Intermenstruelle Blutungen. Geschwulst im Bauch.	Uterus hart, vergrössert. Rechts apfelgrosser, harter Höcker.	Myoma uteri subserosum.	,,	26. VII. 01.	19. VIII.	geheilt	—	—
185	47 J.	seit 25 J.	17 normal. 1 Fehlgeb.	Unregelmässige Blutungen. Blutiger Ausfluss.	Uterus hart, vergrössert.	Myoma uteri.	,,	30. VII. 01.	—	†	5. VIII.	Streptococcenperitonitis.
186	43 J.	seit 12 J.	6 normale	Unregelmässige Blutungen.	Uterus vergröss.	Myoma uteri.	,,	21. IX. 01.	9. X.	geheilt	—	—
187	50 J.	seit 29 J.	5 normale	Unregelmässige Blutungen. Ausfluss. Krampfartige Schmerz.	Uterusvergröss., hart, schmerzh.	Myomata uteri.	,,	17. X. 01.	8. XI.	geheilt	—	—
188	40 J.	ledig	—	—	—	Myomata uteri Tuberculosis peritonei.	,,	20. V. 01.	—	†	17. VI.	Miliartuberculose.

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
189	44 J.	ja	—	—	—	Myomata uteri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	20. III. 01.	8. IV.	geheilt	—	—
190	41 J.	ja	—	—	—	Myoma uteri.	,,	3. XII. 01.	23. XII.	geheilt	—	—
				Operation: Totalexstirpation per laparatomiam.								
191	52 J.	seit 8 J.	—	Unregelmässige Menorrhagieen mit heftigen Schmerzen.	Uterus ist ein grosshöckeriger Tumor.	Myomata uteri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam Später Drain.	10. V. 98.	26. VI.	geheilt	—	—
192	45 J.	seit 23 J.	6 normale	Schmerzen im Unterleib.	Vor dem Uterus kindskopfgross., harter, knolliger Tumor.	Myoma uteri.	Mit Jodof-gz. per vaginam.	20. VI. 98.	14. VII.	geheilt	—	—
193	39 J.	seit 13 J.	5 normale	Schmerzen im Bauch.	Hint. d Uterus kindskopfgross., harter Tumor.	Myoma uteri subserosum.	,,	12. VII. 98.	22. IX.	geheilt	—	—
194	45 J.	seit 16 J.	1 normale	Schmerzen im Unterleib und Kreuz.	Hinter d. Uterus grosser harter Tumor.	,,	,,	28. VII. 98.	22. VIII.	geheilt	—	—
195	48 J.	seit 19 J.	—	Unregelmässige Blutungen. Schmerzen im Bauch u. Kreuz.	Hinter d. Uterus harter, kindskopfgr. Tumor. Rechts praller, schmerzh. Tum.	Myoma uteri subserosum. Pyosalpinx dextra.	,,	22. VIII. 99.	25. IX.	geheilt	—	—
196	48 J.	seit 12 J.	2 normale	Vergrösserung des Abdomens.	Links u. hinten vom Uterus je ein grosser, harter Tumor.	Myomata uteri subserosa.	,,	27. II. 00.	21. III.	geheilt	—	—
197	36 J.	seit 11 J.	—	Starke Periode. Schmerzen im Unterlb u Kreuz.	Uterus stark vergröss., hart.	Myoma uteri	,,	5. III. 00.	28. III.	geheilt	—	—

198	43 J.	seit 13 J.	—	Heftig. Schmerz. in der linken Bauchseite.	Uterus stark vergröss., hart. Beide Adnexe verdickt.	Uterus myomatosus. Doppelseitige Adnexerkrankung.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	13. III. 01.	—	†	16. III.	Peritonitis.
199	45 J.	seit 15 J.	—	Starke schmerzhafte Periode. Uebelriechender Fluor.	In der Vagina ein derber, vom Uterus ausgeh. fibröser Polyp.	Myoma uteri submucosum partim gangraenosum.	,,	8. VII. 01.	3. VIII.	geheilt	—	—
200	47 J.	seit 20 J.	—	Menorrhagieen. Uebelriechender Ausfluss.	Uterus vergröss. Gangränöse Massen. Links faustgross., parametritisches Exsudat.	Myoma uteri submucosum gangraenosum. Parametritis sinistra.	,,	6. VIII. 01.	13. X.	geheilt	—	—
201	49 J.	ledig	—	Vergrösserung des Abdomens.	Uterus mannskopfgross. Links 2 kindskopfgr. Tumoren.	Myomata uteri interstitialia et subserosa.	,,	21. IX. 01.	18. X.	geheilt	—	—
202	53 J.	ledig	—	Seit ½ Jahr Blutung.	Hinter d. Uterus kindskopfgrosser, harter, knollig. Tumor.	Myoma uteri subserosum.	,,	21. IX. 01.	10. X.	geheilt	—	—
203	52 J.	seit 27 J.	8 normale	Unregelmässige Blutungen. Schmerzen im Leib.	Uterus ist ein grosser, knollig. Tumor.	Myoma uteri.	,,	17. X. 01.	9. XI.	geheilt	—	—
204	43 J.	ledig	—	Periode sehr stark, langdauernd schmerzhaft.	Uterus kindskopfgross, hart, knollig.	Uterus myomatosus.	,,	5. XI. 01.	7. XII.	geheilt	—	—
205	42 J.	ja.	—	—	—	Myomata uteri. Kystoma ovarii sinistri. Pelveop.	,,	27. VI.	—	†	4. VII.	Peritonitis.

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
					Operation: Combinierte Totalexstirpation.							
206	39 J.	seit 3 J.	3 Fehlgeburten	Schmerzen im Unterleib.	Uterus hart, vergrössert. Rechts u. links je ein grosser, harter Tumor.	Myomata uteri subserosa.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	18. VI. 98.	13. VII.	geheilt	—	—
207	36 J.	ja.	—	—	—	Myoma uteri.	„	1. V.	19. VI.	geheilt	—	—
					b) Placentarpolyp.							
					Operation: 4 Tage nach manueller Lösung Totalexstirpation per vaginam.							
208	32 J.	seit 5 J.	4 normale	Blutungen.	Im Cavum uteri lappige Placentarreste.	Placentarpolyp.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	23. u. 27. XI. 97.	16. I. 98.	geheilt	—	—
					2. Bösartige Neubildungen des Uterus (Nr. 209—278).							
					a) Carcinoma portionis uteri (Nr. 209—243).							
					Operation: Totalexstirpation per vaginam.							
209	57 J.	seit 34 J.	10 normal.	Weisslicher Ausfluss.	Portio höckerig., bröckeliger, leicht blutender Tumor.	Carcinoma portionis uteri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	19. X. 97.	11. XI.	geheilt	—	—
210	46 J.	seit 18 J.	3 normale	Intermenstruelle Blutungen. Fluor. Schmerzen im Unterleib.	Hintere Muttermundslippe rauh, uneben, infiltriert. Rechts apfelgrosser praller Tumor.	Carcinoma portionis. Kystoma ovarii dextri.	„	19. II. 98.	12. III.	geheilt	—	—
211	46 J.	seit 23 J.	12 normal. 1 Fehlgeburt.	Ausfluss. Blutungen. Schmerzen im Leib und Kreuz.	Portio hart, infiltriert, leicht blutend. Uterus vergrössert.	Carcinoma portionis uteri.	„	2. III. 98.	18. III.	geheilt	—	—

212	33 J.	seit 5 J.	3 normale	Seit 5 Wochen Blutung.	Portio zerklüftet. Am Muttermund tiefer Krater.	Carcinoma portionis uteri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	7. VII. 98.	31. VII.	ge-heilt	—	—
213	30 J.	seis 7 J.	5 normale	Weisser, schleimiger Ausfluss. Blutabgang.	Muttermundslippen infiltriert, leicht blutend.	,,	,,	14. VII 98.	30. VII.	ge-heilt	—	—
214	46 J.	seit 25 J.	3 normal. 1 Forceps.	Intermenstruelle Blutungen.	Portio-Blumenkohlgewächs.	,,	,,	9. XII. 98.	29. XII.	ge-heilt	—	—
215	—	—	—	—	—	,,	,,	30. VI. 98.	16. VII.	ge-heilt	—	—
216	48 J.	seit 22 J.	3 normale	Unregelmässige Blutungen. Ausfluss. Kreuzschmerzen.	An der Portio leicht blutendes Blumenkohlgewächs.	,,	,,	13. I. 99.	2. II.	ge-heilt	—	—
217	41 J.	ledig	2 normale	Schmerzen im Unterleib. Gelblicher Ausfluss.	Portio kinderfaustgrosser, höckeriger, brüchig. Tumor.	,,	,,	6. VI. 99.	24. VI.	ge-heilt	—	—
218	46 J.	seit 2 J.	1 normale	Unregelmässige Blutungen.	Portio apfelgr., zerklüfteter, bröckeliger Tumor.	,,	,,	16. IX. 99.	—	†	26. IX.	Pneumonie mit serös-fibrinöser Pleuritis.
219	36 J.	seit 12 J.	4 normale	Seit 4 Wochen Blutung.	Portio verdickt, knoll., bröckelig.	,,	,,	30. XII. 99.	19. II. 00.	ge-heilt	—	—
220	48 J.	ja	—	—	—	,,	,,	6. XII. 99.	27. XII.	ge-heilt	—	—
221	43 J.	seit 17 J.	—	Unregelmässige Blutungen mit Schmerzen.	Portio verdickt, derb, bröckelig.	,,	,,	9. I. 00.	29. I.	ge-heilt	—	—
222	35 J.	seit 7 J.	5 normale 2 Fehlgeb.	Blutungen.	Portio vergröss., bröckelig, derb.	,,	,,	17. I. 00.	7. II.	ge-heilt	—	—
223	52 J.	seit 29 J.	7 normale	Seit 6 Wochen Blutung.	An der Portio hühnereigrosser, blumenkohlart., bröckelig., leicht blutend. Tumor.	,,	,,	16. III. 00.	—	†	20. III.	Peritonitis. In der Blase kleines Loch.

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
224	35 J.	seit 9 J.	6 normale 1 Fehlgeb.	Menorrhagieen. Schmerzen im Bauch.	Blumenkohlgewächs an der Portio.	Carcinoma portionis uteri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	27. IV. 00.	16. V.	geheilt	—	—
225	32 J.	seit 10 J.	1 normale 1 Querlg. (Hebamme) Puerperalfieb.	Unregelmässige Blutungen. Ausfluss.	Portio zerklüftet, bröckelig, leicht blutend.	,,	,,	26. V. 00	11. VI.	geheilt	—	—
226	48 J.	15 J. Seit 6 J. Witwe.	5 normale	Unregelmässige Blutungen.	In der Vagina hühnereigross., bröckelig. Tum. von der vorder. Muttermundslippe ausgehend.	,,	,,	18. VI. 00.	7. VII.	geheilt	—	—
227	37 J.	ledig	5 normale	Ausfluss. Schmerzen im Unterleib.	Auf d. vorderen Muttermundslippe bröckelige, leicht blutende Excrescenzen.	,,	,,	30. VI. 00.	25. VII	geheilt	—	—
228	36 J.	seit 12 J.	7 normale 1 Querlg.	Unregelmässige Blutungen. Ausfluss.	Hinten an der Portio bröckel., leicht blutendes Geschwür.	,,	,,	27. IX.	13. X.	geheilt	—	—
229	29 J.	seit 8 J.	5 normale	Unregelmässige Blutungen. Schmerzen im Unterleib.	Portio ist ein faustgrosses, blumenkohlartiges Gewächs.	,,	,,	11. X. 00.	29. X.	geheilt	—	—
230	38 J.	seit 19 J.	5 normale 1 Forceps 1 Fehlgeb.	Unregelmässige Blutungen. Schmerzen im Unterlb. u. Kreuz.	Hintere Muttermundslippe verdickt, höckerig, leicht blutend.	,,	,,	23. X. 00.	8. XI.	geheilt	—	—

231	40 J.	seit 20 J.	6 spontan. 1 Forceps. Bei allen Placentarlös. 2 Fehlgeb.	Unregelmässige Blutungen. Schmerzen im Unterleib.	Hintere Muttermundslippe bröckelig, leicht blutend.	Carcinoma portionis uteri	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	12. X. 00.	3. XI.	geheilt	—	—
232	35 J.	seit 16 J.	2 normale 1 Fehlgeb.	Unregelmässige Blutungen. Ausfluss.	An der Portio kinderfaustgr., blumenkohlart. Tumor.	,,	,,	29. XII. 00.	9. I. 01.	geheilt	—	—
233	38 J.	ja	—	—	—	,,	,,	24. II. 00.	13. III.	geheilt	—	—
234	44 J.	seit 19 J.	11 normal. 1 Fehlgeb.	Unregelmässige Blutungen.	Vordere Muttermundslippe knollig, bröckel., leicht blutend.	,,	,,	23. II. 01.	13. III.	geheilt	—	—
235	58 J.	seit 20 J.	3 normale 1 Fehlgeb.	,,	Portio verdickt, zerklüftet, derb,	,,	,,	7. V. 01.	28. V.	geheilt	—	—
236	51 J.	seit 26 J.	7 normale	,,	Portio derb, höckerig, leicht blutend.	,,	,,	4. VII. 01.	23. VII.	geheilt	—	—
237	41 J.	ledig	1 normale 1 Forceps	Blutiger Ausfluss	Portio verdickt, derb, bröckelig.	,,	,,	17. VII. 01.	—	†	22. VII.	Allgemeine Peritonitis.
238	57 J.	seit 30 J.	5 normale 1 Fehlgeb.	Unregelmässige Blutungen.	Hintere Muttermundslippe rauhe, leicht blutende Geschwürsfläche.	,,	,,	25. IX. 01.	14. X.	geheilt	—	—
239	64 J.	ledig	3 normale	,,	Muttermundslippen verdickt, höckerig, leicht blutend.	,,	,,	7. X.	15. XI.	geheilt	—	—
240	42 J.	seit 17 J.	12 normal.	Unregelmässige Blutungen. Ausfluss.	Hintere Muttermundslippe zerklüftet, leicht blutend.	,,	,,	12. III. 98.	18. VI.	geheilt	—	—

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
241	56 J.	seit 32 J.	12normal. 1Fehlgeb.	Unregelmässige Blutungen. Schmerzen im Unterleib.	Portio verdickt, bröckelig, leicht blutend.	Carcinoma portionis uteri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam. Spät.T Drain.	1. VII. 01.	29. VII.	geheilt	—	—
242	35 J.	seit 10 J.	9 normale 1Fehlgeb.	Blutig-wässerig. Ausfluss.	Portio vergrösser., derb.	,,	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	24. VII. 01.	15. VIII.	geheilt	—	—
					Operation: Combinierte Totalexstirpation.							
243	59 J.	seit 22 J.	10normal. 1 Wendg. 1Fehlgeb.	Unregelmässige Blutungen. Schmerzen im Kreuz.	An der vorderen Muttermundslippe höckeriger, derber Tumor.	Carcinoma portionis uteri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	11. XI. 98.	—	†	14. XI.	Streptococcen peritonitis.
					b) Carcinoma cervicis uteri (Nr. 244—266).							
					Operation: Totalexstirpation per vaginam.							
244	54 J.	seit 28 J.	12normal.	Unregelmässige Blutungen.	In der Cervix leicht blutendes, bröckel.Gewebe.	Carcinoma cervicis uteri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	13. X. 97.	14. XI.	geheilt	—	—
245	49 J.	seit 24 J.	7 normale	,,	Uterus vergröss. Cervix brüchig., leicht blutendes Gewebe.	,,	,,	26. X. 97.	21. XI.	geheilt	—	—
246	24 J.	ledig	—	,,	In der Cervix bröckelig., leicht blutend. Gewebe	,,	,,	11. II. 98.	28. II.	geheilt	—	—
247	42 J.	seit 18 J.	2 normale	,,	Cervix u. Portio infiltriert, leicht blutend.	,,	,,	25. V. 98.	14. VI.	geheilt	—	—
248	49 J.	seit 26 J.	17 normal.	,,	Cervix u. Portio haben bröckelig. Gewebe.	,,	,,	27. VI. 98.	16. VII.	geheilt	—	—

249	45 J.	seit 15 J.	2 normale	Unregelmässige Blutungen.	Vom Mutterm. in die Cervix tiefer Krater.	Carcinoma cervicis uteri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	5. VII. 98.	3. VIII.	ge-heilt	—	—
250	58 J.	seit 32 J.	8 normale 6 forcipes	,,	Uterus vergröss Muttermund tiefer Krater.	,,	,,	11. VII. 98.	6. IX.	ge-heilt	—	—
251	49 J.	seit 20 J.	3 normale	,,	Cervix infiltriert, leicht blutend, bröckelig.	,,	,,	25. VIII. 98.	22. IX.	ge-heilt	—	—
252	52 J.	seit 25 J.	1 normale	Unregelmässige Blutungen. Ausfluss. Schmerzen im Unterleib.	Uterus vergröss. Cervix infiltriert.	,,	,,	13. IX. 98.	12. X.	ge-heilt	—	—
253	43 J.	seit 18 J.	3 normale 1 Steissig.	Unregelmässige Blutungen.	Cervix bröckelig leicht blutend.	,,	,,	6. X. 98.	24. X.	ge-heilt	—	—
254	62 J.	seit 24 J.	5 normale	,,	Uterus vergröss. In der Cervix weiche, leicht blutend. Massen.	,,	,,	6. II. 99.	27. II.	ge-heilt	—	—
255	41 J.	seit 15 J.	8 normale 1 Fehlgeb.	,,	Cervix bröckel., leicht blutend	,,	,,	17. XI. 99.	7. XII.	ge-heilt	—	—
256	63 J.	27 J. seit 4 J. Witwe	8 normale	,,	,,	,,	,,	29. V. 00	16. VII.	ge-heilt	—	—
257	63 J.	seit 24 J.	4 normale	,,	In der Cervix derbe, leicht blutend. Massen.	,,	,,	7. VII. 00.	30. VII.	ge-heilt	—	—
258	35 J.	seit 14 J.	8 normale	Unregelmässige Blutungen. Schmerzen im Unterleib. Ausfluss.	Cervicalkanal erweitert, bröckelig, leicht blutend.	,,	,,	3. VIII. 00.	21. VIII.	ge-heilt	—	—
259	57 J.	seit 28 J.	8 normale	Unregelmässige Blutungen. Kreuzschmerz.	In der Cervix weiche, leicht blutend. Massen.	,,	,,	10. XII. 00.	31. XII.	ge-heilt	—	—

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
260	55 J.	seit 31 J.	12 normal.	Unregelmässige Blutungen.	Cervicalkanal uneben, rauh, leicht blutend.	Carcinoma cervicis uteri	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	18. I. 01.	6. II.	geheilt	—	—
261	45 J.	seit 19 J.	7 normale 1 mal Puerperalfieb.	„	Im Muttermund nussgrosse, bröckelige Geschwulst.	„	„	25. III. 01.	13. IV.	geheilt	—	—
262	60 J.	seit 27 J.	8 normale	„	Cervix infiltriert. Blutabgang.	„	„	9. VII. 01.	3. VIII.	geheilt	—	—
263	51 J.	ledig	1 normale 1 Forceps	Unregelmässige Blutungen. Ausfluss. Schmerzen im Bauch.	In der Cervix bröckelige Massen RechteTube prall vergrössert. Uterus vergröss.	Carcinoma cervicis Myomata uteri. Hydrosalpinx dextra.	„	1. IV. 01.	26. IV.	geheilt	—	—
Operation: Totalexstirpation per laparatomiam.												
264	32 J.	seit 13 J.	6 normale	Unregelmässige Blutungen.	Cervix infiltriert Uterus vergröss.	Carcinoma cervicis uteri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	13. I. 98.	28. II.	geheilt	—	—
Operation: Combinierte Totalexstirpation.												
265	50 J.	seit 26 J.	2 normale 4 Forcipes 3 Fehlgeb.	Blutung. Abmagerung.	Cervix enthält krümlige blutend. Massen.	Carcinoma cervicis uteri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	1. VIII. 99.	—	†	15. VIII.	Pelveoperitonitis purulenta
266	58 J.	seit 30 J.	4 normale	Blutungen Schmerzen im Unterleib	In der Cervix weiche, blutend. Massen.	„	„	2. III. 98.	10. V.	geheilt	—	—
c) Carcinoma corporis uteri (Nr. 267 - 278).												
Operation: Totalexstirpation per vaginam.												
267	36 J.	seit 14 J.	6 normale	Unregelmässige Blutungen. Schmerzen im Kreuz u. Bauch	Uterus vergröss. Es gehen bröckelige, blut. Massen ab	Carcinoma corporis uteri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam	14. XII. 97.	11. IV. 98.	geheilt	—	—

268	42 J.	ledig	—	Unregelmässige Blutungen. Ausfluss.	Uterus vergröss., hart. Im Cavum harte Knollen.	Carcinoma corporis uteri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	22. I. 98.	10. II.	geheilt	—	—
269	65 J.	33 J. Witwe seit 17 J.	9 normale 1 Querlg. 1 Fehlgeb.	,,	Aus der Portio sieht ein bröckkeliger, leicht blutend. Tumor.	,,	,,	30. IX. 98.	—	†	9. X.	Lokale eitrig. Peritonitis. Lungenembolie. Gehirnembolie.
270	56 J.	seit 24 J.	1 normale	Unregelmässige Blutungen.	Uterus vergröss. In der Cervix infiltr. Massen.	,,	,,	7. XII. 98.	5. I. 99.	geheilt	—	—
271	50 J.	seit 18 J.	2 normale 1 Querlg.	Seit 1 Monat Blutung.	Uterus vergröss. Im Fundus flottierende, weiche Massen.	,,	,,	7. II. 99.	24. II.	geheilt		—
272	43 J.	seit 19 J.	7 normale	Metrorrhagieen	Uterus stark vergröss., weich.	,,	,,	15. V. 99.	14 VI.	geheilt		—
273	53 J.	10 J. seit 4 J. Witwe	4 normale	Unregelmässige Blutungen. Kreuzschmerz	,,	,,	,,	31. V. 99.	1. VII.	geheilt	—	—
274	71 J.	Witwe seit 22 J.	2 normale	Unregelmässige Blutungen. Uebelriechender Ausfluss. Schmerzen im Unterleib.	Uterus vergröss., schmerzh. Aus dem Mutterm. sieht leicht blut. Excrescenz.	,,	,,	13. VI. 99.	5. VII.	geheilt	—	—
275	46 J.	seit 16 J.	4 normale	Blutung. Heftige Schmerzen im Unterleib.	Uterus vergröss. In der Cervix bröckel. Massen.	,,	,,	21. VII. 00.	13. VIII.	geheilt	—	—
276	56 J.	11 J. seit 13 J. Witwe	3 normale 1 Fehlgeb.	Seit 2 Monaten Blutung. Schmerzen im Rücken.	Uterus vergröss. Durch Abrasio gewon. Massen carcinomatös.	,,	,,	26. II. 01.	18. III.	geheilt	—	—

No.	Alter	Ver-heiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
Operation: Combinierte Totalexstirpation.												
277	—	—	—	—	—	Carcinoma corporis uteri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	16. VI. 98.	14. VII.	geheilt	—	—
278	56 J.	ledig	—	—	—	„	„	13. V. 99.	—	—	14. V.	Herzcollaps.

II. Erkrankungen der Tuben (Nr. 279—299.)

A. Salpingitis (Nr. 279—284).

Operation: Totalexstirpation per vaginam.

No.	Alter	Ver-heiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
279	36 J.	seit 14 J.	4 normale	Ausbleiben der Periode. Schmerzen im Bauch.	Rechts vom Uterus apfelgr., praller, schmerzhafter Tumor.	Salpingitis dextra cum graviditate tubaria.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	23. XI. 97.	18. XII.	geheilt	—	—
280	48 J.	seit 15 J.	1 normale	Starke Schmerzen rechts im Bauch und im Kreuz.	Rechts v. Uterus hühnereigross., schmerzh. Tum. L. Tub. verdickt.	Salpingitis duplex. Kystoma ovarii dextri.	„	8. I. 98.	26. I.	geheilt	—	—
281	—	—	—	—	—	Salpingitis duplex. Endometritis.	„	23. VII. 98.	9. VIII.	geheilt	—	—
282	39 J.	seit 8 J.	3 normale	Starke Schmerz. links im Bauch.	Uterus vergröss., hart. Linkes Parametrium verdickt.	Salpingitis chronica.	„	25. IV. 01.	11. V.	geheilt	—	—
283	40 J.	seit 13 J.	—	Heftige Schmerz. im Unterleib.	Beide Adnexe verwachsen und vergrössert.	Salpingitis duplex chronica.	„	20. V. 01.	8 VI.	geheilt	—	—

284	25 J.	ja	—	—	—	Salpingitis.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	2. VII. 01.	23. VII.	ge-heilt	—	—

B. Pyosalpinx (Nr. 285–297).

Operation: Totalexstirpation per vaginam.

285	32 J.	seit 8 J.	2 normale	Schmerzen im Unterleib.	Beide Parametr. verdickt, sehr schmerzhaft.	Pyosalpinx duplex.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	17. II. 98.	10. III.	ge-heilt	—	—
286	28 J.	seit 2 J.	—	Menorrhagieen. Schmerzen im Bauch u. Kreuz.	Beide Adnexe vergrössert und schmerzhaft.	,,	,,	5. V. 99.	23. V.	ge-heilt	—	—
287	37 J.	seit 13 J.	3 normale 1 Steiss-lage. 1 Fehlgeb.	Schmerzen im Unterleib vor der Periode.	Rechts u. links vom Uterus je ein apfelgrosser, schmerzhafter Tumor.	,,	,,	22. IV. 99.	9 V.	ge-heilt	—	—
288	28 J.	seit 4 J.	—	Schmerzen im Unterleib.	Beide Adnexe verdickt, schmerzhaft.	,,	,,	31. I. 00.	22. II.	ge-heilt	—	—
289	45 J.	seit 24 J.	7 normale 1 Querlg.	HeftigeSchmerz. im Bauch.	,,	,,	,,	7. II. 00.	3 III.	ge-heilt	—	—
290	24 J.	ledig	—	HeftigeSchmerz. im Unterleib.	,,	,,	,,	19 III. 01.	6. IV.	ge-heilt	—	—
291	25 J.	ledig	1 normale	Schmerzen im Bauch.	,,	,,	,,	25. III. 01.	13. IV.	ge-heilt	—	—
292	26 J.	ledig	4 normale	Schmerzen im Unterleib.	,,	,,	,,	4. X. 01.	25. X.	ge-heilt	—	—
293	44 J.	ja	—	—	—	Pyosalp. dextr. Salping sinistr.	,,	20. III. 01.	8. IV.	ge-heilt	—	—

Operation: Totalexstirpation per laparatomiam.

294	48 J.	seit 25 J.	2 normale	Schmerzen links im Bauch.	Links vom Uterus harter, höcker. Tumor.	Pyosalpinx sinistra.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	15. VI. 99.	10. VII.	ge-heilt	—	—

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
295	40 J.	seit 19 J.	2 normale	Schmerzen im Unterleib.	Beide Adnexe verdickt und schmerzhaft.	Pyosalpinx duplex.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	7. VI. 99.	5. VII.	geheilt	—	—
296	29 J.	ledig	2 normale	Seit 4 Monaten Blutung. Krampfart. Schmerzen im Bauch.	Beide Adnexe verdickt, sehr schmerzhaft.	„	„	11. XI. 01.	—	†	14. XI.	Peritonitis.
				Operation: Combinierte Totalexstirpation.								
297	24 J.	seit 5 J.	4 normale	Unregelmässige Blutungen.	Beid Adn. verd., u. schmerzhaft.	Pyosalpinx duplex.	Mit Jodof.-gz per vaginam.	13. XII. 97.	5. I. 98.	geheilt	—	—
				C. Hydrosalpinx (Nr. 298—299.)								
				Operation: Totalexstirpation per vaginam.								
298	46 J.	12 J. seit 10 J. Witwe.	2 normale 1Fehlgeb	Schmerzen im Unterleib.	Rechts vom Uterus faustgr., glatter Tumor.	Hydrosalpinx dextra.	Mit Jodof.-gz. per vaginam	13 XII. 98.	31. XII.	geheilt	—	—
299	28 J.	seit 4 J.	1 normale 1Fehlgeb.	Schmerzen im Bauch.	Links v. Uterus gänseeigr. weich. Tumor.	Hydrosalpinx sinistra.	„	14. I. 99.	2. II.	geheilt	—	—

III. Erkrankungen der Eierstöcke (Nr. 300—313).

A. Entzündungen der Eierstöcke (Nr. 300—301).

Oophoritis. — Operation: Totalexstirpation per vaginam.

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage.	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
300	38 J.	seit 19 J.	6 normale 1Fehlgeb	Schmerzen im Bauch u. Kreuz	Beide Adnexe verdickt. Uterus retroflectiert, fixiert.	Oophoritis duplex. Retroflexio uteri fixata.	Mit Jodof.-gz. per vaginam	20 XI. 97.	18 XII.	geheilt	—	—

301	28 J.	ledig	—	Schmerzen im Unterleib.	Rechte Adnexe verdickt, verwachsen.	Oophoritis et Perioophoritis dextra.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	28. X. 99.	18. XI.	ge-heilt	—	—

B. Tumoren der Eierstöcke (Nr. 302–313).

1. Cystische Tumoren (Kystome) (Nr. 302–310).

Operation: Totalexstirpation per vaginam.

302	19 J.	ledig	—	Schmerzen im Kreuz u. Bauch.	Links u. rechts vom Uterus je ein grosser, praller Tumor.	Kystoma ovarii utriusque.	Mit Jodof.-gz. per vaginam	12. X. 99.	1. XI.	ge-heilt	—	—
303	45 J.	seit 20 J	3 normale	Druck im Unterleib.	Links vom Uterus orangegrosser Tumor. Uterus vergröss., hart.	Kystoma ovarii sinistri. Myoma uteri.	„	25. V. 00.	12. VI	ge-heilt	—	—
304	34 J.	seit 11 J.	2 normale 1 Forceps	Schmerzen im Kreuz u. Bauch. Blutungen.	Links vom Uterus harter, praller Tumor.	Kystoma ovarii sinistri.	„	11. VI 98.	8. VII	ge-heilt	—	—
305	50 J.	seit 20 J.	2 normale	HeftigeSchmerz. links im Unterl. Ausfluss.	Links vom Uterus gänseeigrosser praller Tumor. Uterus vergrössert.	Kystoma ovarii sinistri Myoma uteri.	„	6. V. 01.	22. V.	ge-heilt	—	—

Operation: Totalexstirpation per laparatomiam.

306	52 J.	seit 31 J.	16 normal.	Schmerzen im Unterleib. Unregelmässige Periode.	Zu beiden Seiten des Uterus ein elastischer Tumor.	Kystoma ovarii utriusque.	Mit Jodof.-gz. per vaginam. spät. T-Drain.	8. V. 00.	16. VI.	ge-heilt	—	—
307	45 J.	seit 18 J.	—	Geschwulst rechts im Bauch Periode stark.	Rechts v. Uterus kindskopfgross., praller Tumor.	Kystoma ovarii dextri.	„	10. VI. 01.	—	†	23. VI.	Anaemie Hydronephrosis sinistra.
308	23 J.	seit 1 J.	—	Schmerzen im Leib u. Kreuz.	Links v. Uterus mannskopfgr., prall. Tum. Rcht. Adn. stark verd.	Kystoma ovarii sinistri. Adnextumor rechts.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	25. VII. 01.	15. VIII.	ge-heilt	—	—

No.	Alter	Verheiratet?	Geburten	Symptome	Untersuchung	Diagnose	Art der Drainage	Tag der Operation	Tag der Entlassg.	Erfolg	Tag des Todes	Todesursache
309	43 J.	ledig	—	—	—	Kystoma ovarii dextri. Myomata uteri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam	17. VI 01.	13. VII.	geheilt	—	—
310	32 J.	seit 7 J.	1 normale	Vergrösserung des Abdomens. Kolikartige Schmerzen.	Vor dem Uterus grosser, praller, fluktuierender Tumor.	Kystoma ovarii anteuterinum.	Mit Jodof.-gz. per vaginam spät. T-Drain.	3. V. 98.	2. VI.	geheilt	—	—
					2. Solide Tumoren (Nr. 311—313).							
					Operation: Totalexstirpation per vaginam.							
311	45 J.	seit 20 J.	1 normal. 1 Forceps	Schmerzen im Unterleib. Fluor albus.	Im Douglas hühnereigross., hart., knoll. Tum.	Tumor ovarii retrouterinus.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	15. I. 01.	31. I.	geheilt	—	—
312	41 J.	seit 17 J.	1 normale 1 Forceps	Schmerzen im Unterleib.	Rechts v. Uterus kindsk.-gr. Tum.	Tumor ovarii dextri.	„	20. III. 01.	6. IV.	geheilt	—	—
					Operation: Combinierte Totalexstirpation.							
313	40 J.	seit 12 J.	4 normale	Unterleibsschmerzen.	Rechts v. Uterus faustgrosser, derber Tumor.	Tumor ovarii dextri.	Mit Jodof.-gz. per vaginam.	29 IV. 99.	3. VI.	geheilt	—	—
					IV. Erkrankungen des Beckenbauchfells und Beckenbindegewebes (Nr. 314—315).							
					Entzündungen des Beckenbauchfells und Beckenbindegewebes (Nr. 314—315)							
					Pelveoperitonitis. — Operation: Totalexstirpation per laparatomiam.							
314	44 J.	seit 23 J.	2 normale	Unregelmässig., schmerzhafte Periode.	Alle Genitalorg. verwachs. u. fix. Rechts u. links v. Uterus je ein praller Tumor.	Pelveoperitonitis. Kystoma ovarii utriusque.	Mit Jodof.-gz per vaginam.	11. III. 01.	—	†	15 III.	Fibrinöse Peritonitis.
					Operation: Totalexstirpation per vaginam.							
315	38 J.	seit 9 J.	1 normale	Schmerzen im Kreuz.	Uterus fixiert. Adnexe verwachsen.	Pelveoperitonitis adhaesiva. Chron. Adnex-Erkrankung.	Mit Jodof.-gz. per vaginam	8. V. 01.	24. V.	geheilt	—	—

Wir sehen: Bei den 315 drainierten, alles einigermassen schwierigeren Fällen, sind 29 tötliche Ausgänge zu verzeichnen. Dies ergiebt eine Gesamtmortalität von 9,2 %. 28 Todesfälle entfallen auf die 306 per vaginam drainierten Fälle, 1 Todesfall auf die 9 Fälle, die nach Mikulicz drainiert wurden.

Unter den 198 Totalexstirpationen finden sich 17 Todesfälle, die Mortalität beträgt hier also 8,5 %, von den übrigen 117 Fällen verliefen 12 tötlich = 10,2 % Mortalität.

Teilt man die 117 Fälle in die 108 per vaginam drainierten und die 9 nach Mikulicz behandelten, so erhält man bei den ersteren 11 Todesfälle = 9,4 % Mortalität, während sich für die Mikulicz'schen Fälle die Mortalitätsziffer auf 11,1 % stellen würde. Doch wird man der letzteren Zahl in Anbetracht der so geringen Menge von Fällen keine Bedeutung erlauben dürfen.

Tabellarisch zusammengestellt ergiebt sich also:

117 Nichttotal-exstirpationen	12 Todesfälle	= 10,2 % Mort.	108 mit Drain. per vaginam.	11 Todesfälle	= 9,4 % Mort.
			9 mit Drain. n. Mikulicz.	1 Todesfall	= 11,1 % Mort.
198 Total-exstirpationen	17 Todesfälle	= 8,5 % Mort.			

315 Operationen 29 Todesf. = 9,2 % Mortalität zusammen.

Von Interesse wird es sein, nachzusehen, bei welchen Erkrankungen die Mortalitätsziffer hoch oder niedrig ist, da die Art derselben doch auch einigermassen bestimmend auf den Ausgang wirkt, und ferner, ob die Todesfälle überhaupt alle mit der Drainage in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden können. Zur besseren Beurteilung der Todesfälle sollen sich in Folgendem ausführlichere Mitteilungen über dieselben anschliessen.

Todesfälle traten ein bei Operationen von

I. Gutartigen Tumoren.

A. Myom des Uterus.

Unter 2 Myomotomieen per kolpotomiam posteriorem 1 Todesfall.

(6.) R. B., 32 Jahre alt, verheiratet seit 6 Jahren. Menstruation mit 13 Jahren, regelmässig, stark, zeitweise schmerzhaft. 2 Fehlgeburten.

Symptome: Seit ca 4 Wochen Metrorrhagien. Schmerzen im Bauch und rechten Bein.

Untersuchung: Nach links und hinten vom Uterus, mit ihm durch einen fingerdicken Stiel verbunden, geht ein kastaniengrosser, runder, harter Tumor ab.

Diagnose: Myoma uteri subserosum.

Operation: Kolpotomia posterior am 27. XI. 97. Die rechte Tube zeigt sich im Isthmus walzenförmig verdickt. Aus dem abdominellen Ende entleert sich Blut. Die rechten Adnexe werden dicht am Uterus abgetragen. Aus der rechten Vorderwand des Uterus wird ein kirschkerngrosses, aus der linken Wand ein taubeneigrosses subseröses Myom excidiert. Die blutenden Stellen werden mit Catgut vernäht. Die Peritoneo-Vaginalwunde wird an den Seiten geschlossen, durch ihre Mitte wird der Douglas mit Jodoformgaze drainiert.

28. XI. Gaze entfernt. Dieselbe ist ziemlich stark blutig durchtränkt. Es fliesst etwas dunkles Blut nach.

29. XI. Die Vaginalwunde wird wieder vollständig eröffnet und man sieht, dass eine beträchtliche Nachblutung in die Bauchhöhle stattgefunden hat. Reinigung der Bauchhöhle teils manuell, teils mittelst Ausspülung mit Kochsalzlösung. Jodoformgazetamponade der Wundhöhle.

Im Lauf des Mittags wird der Puls immer kleiner. Es tritt klebriger Schweiss auf. Die Extremitäten erkalten. $11\frac{1}{2}^{h}$ p. m. Exitus.

Sektionsbefund: Akute Peritonitis.

Bei diesem Fall war sicherlich die Drainage nur nicht ausreichend genug. Wäre sie unterblieben, so wäre die Peritonitis jedenfalls auch eingetreten, ja die Keime hätten eine noch grössere Menge einer für ihr Wachstum günstigen Flüssigkeit zur Verfügung gehabt.

Unter 77 Totalexstirpationen wegen Myom traten 7 Todesfälle ein. Dies ergiebt eine Mortalität von 9 %.

Die Fälle sind folgende:

1. Fall.

(149.) S. H., 59 Jahre alt, verheiratet seit 32 Jahren. Menstruation mit 18 Jahren, regelmässig, schmerzhaft. Seit 5 Jahren Menopause. 1 normale Geburt.

Symptome: Seit 4 Wochen fleischwasserähnlicher Ausfluss. Geringe Schmerzen.

Untersuchung: Uterus vergrössert, anteflektiert. Hinter der Cervix sitzt ein faustgrosser Tumor von mittlerer Consistenz.

Diagnose: Fibromyoma uteri

Operation: Totalexstirpation per vaginam am 17. VI. 99. In der Cervix sitzt ein haselnussgrosses Fibrom. Aus dem Fundus uteri werden erweichte, verjauchte Massen mittelst Eizange entfernt. Der Uterus wird hervorgewälzt und samt den linken Adnexen entfernt. Rechte Adnexe bleiben zurück. Aus der hinteren Wand der Vagina wird ein ziemlich grosses Stück excidiert. An den Stümpfen bleiben 7 Klammern liegen. Jodo-formgazedrainage der Bauchhöhle.

19. VI. Klammern entfernt. Tampon teilweise entfernt.

20. VI. Abends Erbrechen. Abdomen leicht aufgetrieben

21. VI. Abends 5 Uhr mehrmals Erbrechen. Zweimal hoher Einlauf.

22. VI. Erbrechen mehrmals am Tage.

23. VI. Abdomen meteoritisch aufgetrieben. Kein Erbrechen. Hoher Einlauf Laparatomie. Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich jauchig stinkendes Sekret in geringer Menge. Meteorismus der Därme. Serosa gerötet Ein ziemlich grosses, aus Fibringerinseln bestehendes, intensiv stinkendes, mit den Därmen leicht verklebtes Stück wird gelöst und entfernt. Der flüssige Inhalt der Bauchhöhle wird sorgfältig mit Tupfern aufgesaugt. Drainage der Peritonealhöhle mit Jodoformgaze per vaginam.

24 VI. Meteorismus. Kein Erbrechen 2-stündliche Vaginalausspülungen.

28. VI. Appetit, Puls gut. Abdomen collabiert. Temperatur normal. Aus der Wunde fliesst übelriechender Eiter. Einige Nähte entfernt. Lysol-priessnitz.

30. VI. Allgemeinbefinden zufriedenstellend.

6. VII. Anfall von Herzschwäche Temperatur 38,2 °. Die Wunden reinigen sich.

9. VII Abends 10 Uhr grosse Atemnot. Unzählbarer Puls.

10. VII Eine Spritze Oleum camphoratum. 1 gr Tannalbin. Kräfteverfall. 4 h p. m. Exitus.

Sectionsbefund: Septische Peritonitis. Endocarditis Aortae et Mitralis. Nierenabscess.

2. Fall.

(180.) M. S, 40 Jahre alt, verheiratet seit 20 Jahren. Menstruation mit 14 Jahren, regelmässig. 2 normale Geburten

Symptome: Seit 2 Jahren fast ununterbrochene Blutungen.

Untersuchung: Uterus vergrössert, aus dem Muttermund ragt ein über wallnussgrosser Polyp.

Diagnose: Polypus fibrosus uteri.

Operation: 1. Abtragung des Myoms im Uterus an der Basis seines Stiels. Jodoformgazetampon. Secale. am 14. VI. 01.

15. VI. Tampon entfernt.

17. VI. Temperatur 40,6 °. Alkoholausspülung des Uterus. Im frischen Präparat finden sich Diplococcen.

18. VI. Temperatur fällt nicht, deshalb

2. Totalexstirpation per vaginam. Aus dem Douglas entleert sich leicht getrübte, mit Bröckeln untermischte ascitische Flüssigkeit. Medianspaltung des Uterus. Abtragung der beiden Hälften und der Adnexe. Es bleiben 10 Klammern liegen. Jodoformgazetampondrainage nach der Vagina zu.

Temperatur nach der Operation 39,2 °. Etwas später 40,5 °. In den Kulturen sind Streptococcen gewachsen.

19. VI. Auf Marmorek fällt die Temperatur etwas. Entfernung mehrerer Klammern. Erneuerung der Jodoformgazetampons. Erbrechen. Urinretention. 3 Kochsalzinfusionen.

20. VI. Klammern und Tampon entfernt. Somnolenz. — 2 Kochsalztransfusionen.

21. VI. $7^1/_2{}^h$ a. m. Exitus.

Sectionsbefund: Eitrige Streptococcenperitonitis.

3. Fall.

(182.) M. S., 50 Jahre alt, verheiratet seit 29 Jahren. Menstruation mit 17 Jahren, regelmässig. 7 normale Geburten.

Symptome: Seit 2 Jahren unregelmässige, starke Blutungen mit Bauch- und Kreuzschmerzen.

Untersuchung: Uterus stark vergrössert, hart.

Diagnose: Uterus myomatosus.

Operation: Totalexstirpation per vaginam am 22. VII. 01. Morcellement und Medianspaltung des Uterus. Abtragung der beiden Uterushälften und der Adnexe. Es bleiben 8 Klammern liegen. Jodoformgazetamponade des kleinen Beckens nach der Vagina zu.

24. VII. Klammern entfernt.

25. VII. Tampon teilweise entfernt. Einlegen eines neuen Tampons.

26. VII. 39,2 °.

27. VII. Husten, Blasenkatarrh. — Priessnitz. Inhalationen. Blasenspülungen.

28. VII. Abends 39,7 °.

29. VII. Abends 40,6 °. Puls 140, schwach. — Champagner.

30. VII. Puls schlecht. — Kochsalztransfusion. Kampher.

31. VII. 1^h a. m. Exitus.

Sectionsbefund: Peritonitis. Stecknadelkopfgrosse Perforation einer Dünndarmschlinge.

4. Fall.

(185.) C. O, 47 Jahre alt, verheiratet seit 25 Jahren. Menstruation mit 18 Jahren, regelmässig. 17 normale Geburten; 1 Fehlgeburt.

Symptome: Seit $1^1/_2$ Jahren unregelmäss. Blutungen. Blutiger Ausfluss.

Untersuchung: Uterus hart und vergrössert.

Diagnose: Myoma uteri.

Operation: Totalexstirpation per vaginam am 30. VII. 01. Medianspaltung des myomatösen Uterus. Abtragung der beiden Hälften und der rechten Adnexe. Die linke Tube wird ebenfalls entfernt. Das linke Ovarium

bleibt zurück. Jodoformgazetamponade des kleinen Beckens nach der Vagina zu. Es bleiben 9 Klammern liegen.

1. VIII. Klammern entfernt. Erbrechen.

2. VIII. Puls schlecht. 2mal Campherinjectionen. Kochsalztransfusion. Tampon entfernt. Erneuerung des Tampons. Abends 38,5 °.

3. VIII. Tampon wird gewechselt. Erbrechen. 2 Kochsalztransfusionen.

4. VIII. Erbrechen. Puls 170. Leib aufgetrieben. Tampon wird gewechselt. Hoher Einlauf. Kochsalztransfusion.

5. VIII 4 h a. m. Exitus.

Sectionsbefund: Streptococcenperitonitis.

5. Fall.

(188.) E. F., 40 Jahre alt, ledig. Keine Geburt.

Diagnose: Myomata uteri. Tuberculosis peritonei.

Operation: Totalexstirpation per vaginam am 20. V. 01. Es fliesst ziemlich viel Ascitesflüssigkeit ab. Der Uterus ist stark vergrössert. Medianspaltung desselben. In der Uteruswand sitzen mehrere Myome. Entfernung der Uterushälften mit den Adnexen. Es bleiben 5 Klammern liegen. Jodoformgazetamponade nach der Vagina.

22. V. Klammern entfernt.

24. V. 39,0 °. Tampon entfernt.

28 V. 37,0 °.

30. V. 37,3 °.

4. VI 40,0 °.

17. VI. 40,5 °. Exitus.

Sectionsbefund: Miliartuberculose.

6. Fall.

(198.) M. H., 43 Jahre alt, verheiratet seit 13 Jahren. Menstruation mit 19 Jahren, regelmässig, stark. Keine Geburt.

Symptome: Seit 14 Tagen heftige Schmerzen in der linken Seite.

Untersuchung: Uterus hat Kindskopfgrösse und ist hart. Beide Adnexe stark verdickt.

Diagnose: Uterus myomatosus. Doppelseitige Adnexerkrankung.

Operation: Totalexstirpation per laparatomiam am 13 III. 01. Beiderseits ist Pyosalpinx vorhanden. Bei der Lösung der linken Adnexe entleert sich Eiter aus der Tube. Es bleiben 3 Klammern liegen. Tamponade des kleinen Beckens per vaginam mit Jodoformgaze. Schluss der Bauchwunde.

15. III. Klammern entfernt. Erbrechen. Abbomen aufgetrieben. Erneuerung des Tampons. Hoher Einlauf.

16. III. Erbrechen. Puls sehr schlecht. 4 h a. m. Exitus.

Sectionsbefund: Peritonitis.

7. Fall.

(205.) E. Q., 42 Jahre alt, verheiratet.

Diagnose: Myomata uteri. Kystoma ovarii sinistri. Pelveoperitonitis.

Operation: Totalexstirpation per laparatomiam am 27. VI. 01. Die Dünndarmschlingen sind mit fibrinösem Belag bedeckt. Der myomatöse Uterus hat Kindskopfgrösse. Das linke Ovarium ist in eine hühnereigrosse Cyste verwandelt. Entfernung von Uterus und beiden Adnexen Es bleiben 3 Klammern liegen. Jodoformgazetamponade des kleinen Beckens nach der Vagina. Schluss der Bauchwunde.

29 VI. Klammern entfernt.
30 VI. Tampon teilweise entfernt.
1. VII Tampon vollständig entfernt
2. VII. 37,2 °. Puls 90.
3. VII. 37,1 °. Puls 108.
4. VII. 37,7 °. Puls 112. Exitus.
Sectionsbefund: Peritonitis.

Beim 1., 2. und 6. Fall kam bei der Operation infektiöses Material mit der Bauchhöhle in Berührung und die Peritonitis schloss sich sofort an. Es ist nicht einzusehen, dass diese Fälle ohne Drainage durchgekommen wären. Beim 3. Fall trat eine Komplikation in Gestalt einer Dünndarmperforation hinzu und dadurch wird wohl die Peritonitis entstanden sein, deren tötlichen Ausgang leider auch die Drainage nicht mehr abzuhalten vermochte. Beim 5. Fall bestand schon vorher ein chronischer Reizungszustand des Peritoneums, der durch den operativen Eingriff in ein flagrantes Stadium übergeführt wurde; für den Exitus kann die Drainage hier aber nicht verantwortlich gemacht werden. Auch beim 7. Fall war das Peritoneum vor der Operation chronisch affiziert.

B. Ovarialkystom.

29 Ovariotomieen, darunter 6 vaginell operierte.
2 Fälle wurden nach Mikulicz drainiert und sind geheilt.
2 Fälle sind tötlich verlaufen = 6,8 % Mortalität.

1. Fall.

(56.) K. L., 46 Jahre alt.
Diagnose: Kystoma ovarii dextri. Pelveoperitonitis.
Operation: Ovariotomia per laparatomiam am 8. V. 99. Es findet sich ein kindskopfgrosser, cystischer, rechtsseitiger Ovarialtumor. Die rechten Adnexe werden entfernt. Das linke Ovarium ist stark verwachsen. Abtragung desselben. Jodoformgazedrainage der Bauchhöhle durch das eröffnete hintere Scheidengewölbe nach der Vagina. Schluss der Bauchwunde.
19. V. Exitus.
Sectionsbefund: Peritonitis.

2. Fall.

(67.) C. G., 47 Jahre alt, ledig. Menstruation mit 16 Jahren, regelmässig. Keine Geburt.

Symptome: Seit einem Jahr entwickelte sich in der linken Bauchhälfte eine Geschwulst. Schmerzen im Bauch bei der Arbeit.

Untersuchung: Es ist eine über mannskopfgrosse, elastische, flukfuierende Geschwulst zu fühlen, die mit der linken Uterusseite in Zusammenhang steht. Leibesumfang 104 cm.

Diagnose: Kystoma ovarii sinistri.

Operation: Ovariotomia per laparatomiam am 11. XI. 01.

Der grosse linkseitige Ovarialtumor wird entfernt, ebenso zwei nussgrosse, subseröse Myome des Uterus. Das rechte Ovarium ist ebenfalls cystisch vergrössert. Abtragung der rechten Adnexe. Tamponade des Douglas mit Jodoformgaze, die durch das eröffnete hintere Scheidengewölbe nach der Vagina geleitet wird Schluss der Bauchwunde. Während der Operation eine Kochsalztransfusion und 2 Kampferinjektionen.

12. XI. Tampon teilweise entfernt. Schmerzen im Leib.

13. XI. Morgens 39,2°. Tampon entfernt. Einlegen eines T-Drains.

14. XI. Morgens 38,3°. Schmerzen im Leib. Meteorismus. Kein Stuhlgang. Mittags Temp 39,0 °. Champagner. 3 h p. m. Collaps Cyanose. Bewusstlosigkeit. 3 45 h p. m. Exitus

Sektionsbefund: Diffuse fibrinös-eitrige Peritonitis

Beim ersten Fall hat schon vor der Operation eine Pelveoperitonitis bestanden.

Bei 9 Totalexstirpationen wegen Kystom ist ein Todesfall zu verzeichnen, nämlich

(307.) K. M. 45 Jahre alt, verheiratet seit 18 Jahren. Menstruation mit 19 Jahren, regelmässig. Keine Geburt.

Symptome: Geschwulst rechts im Unterleib Die Periode wird immer stärker.

Untersuchung: Rechts vom Uterus ist ein kindskopfgrosser, prallelastischer Tumor zu fühlen.

Diagnose: Kystoma ovarii dextri

Operation: Totalexstirpation per laparatomiam am 10. VI. 01.

Das rechtsseitige Ovarialkystom ist mit der rechten Beckenhälfte verwachsen Beim Lösen des Tumors bricht die Wand ein. Der Tumor ist zum Teil carcinomatös zerfallen. Das Carcinom ist vollständig in die rechte Beckenhälfte hineingewachsen, so dass es hier vom Knochen losgelöst werden muss. Mit den Carcinommassen müssen auch rechter Ureter und rechte Niere exstirpiert werden. Auf dem vorderen Blasenperitoneum finden sich carcinomverdächtige Stellen. Auch in der linken Beckenhälfte finden sich carcinomatöse Massen. Exstirpation von Uterus und Adnexen. Jodoformgazetamponade des kleinen Beckens nach der Vagina zu. Schluss der Bauchwunde.

11. VI. Temperatur 38,0°.

12. VI. Tampon teilweise entfernt. 37,6°.

13. VI. 37,1°.

14. VI. Tampon vollständig entfernt. 37,5°.

18. VI. Starker Ausfluss. Einlegen eines T-Drains. Durchspülungen. Urin ziemlich trübe. Blasenspülungen.

21. VI. T-Drain entfernt. Alles in Ordnung. 37,1 °.

23. VI. 5 h a m. wird Pat. tot im Bett gefunden Im Bett eine Menge Blut. Es scheint sich um eine akute Blutung mit Collaps zu handeln.

Sectionsbefund: Anämie. Hydronephrosis sinistra.

Da die Patientin an Verblutung gestorben ist, kann der Fall bei der Mortalitätsberechnung nicht in Betracht gezogen werden.

II. Maligne Tumoren.

A. Portiocarcinom.

34 vaginelle Totalexstirpationen, darunter 3 Todesfälle = 8,8 % Mortalität.

1. Fall.

(218.) C. S., 46 Jahre alt, verheiratet seit 2 Jahren. Menstruation mit 18 Jahren, regelmässig, stark, schmerzhaft. 1 normale Geburt.

Symptome: Seit 1/4 Jahr unregelmässige Blutungen.

Untersuchung: Die Portio stellt einen apfelgrossen, zerklüfteten Tumor dar, dessen Gewebe sich leicht abbröckeln lässt.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Operation: Totalexstirpation per vaginam am 16. IX. 99. Nach Excochleation des Carcinoms Abtragung von Uterus und Adnexen. Jodoformgazetamponade nach der Vagina zu. Es bleiben 13 Klammern liegen.

18. IX. Klammern entfernt.

19. IX. Tampon teilweise entfernt.

20. IX. Tampon vollständig entfernt.

21. IX. Wohlbefinden.

22. IX. Ueber der Lunge links hinten unten Dämpfung. Priessnitz. Mixtura solvens.

23. IX, Benommenheit. Puls gut.

24. IX. Atemnot. Puls schlecht. — Kampher, Wein, Champagner.

25. IX. Pat. moribund.

26. IX. 11 1/4 h a. m. Exitus.

Sectionsbefund: Pneumonie mit serös-fibrinöser Pleuritis.

2. Fall.

(223.) A. B., 52 Jahre alt, verheiratet seit 29 Jahren. Menstruation mit 17 Jahren, regelmässig, stark. 7 normale Geburten.

Symptome: Seit 6 Wochen starke Blutung.

Untersuchung: Von der Portio geht ein hühnereigrosser, blumenkohlartiger, bröckeliger, leicht blutender Tumor aus

Diagnose: Carcinoma portionis.

Operation: Totalexstirpation per vaginam am 16. III. 00. Entfernung von Uterus und Adnexen. Es bleiben 11 Klammern liegen. Jodoformgazetamponade der Wundhöhle nach der Vagina zu.

18. III. Klammern entfernt. Pat. wird nass.

19. III. Abdomen leicht aufgetrieben. Tampon entfernt. Immer noch Nasswerden. Klystier.

20. III. Puls nicht mehr zählbar. 6^h p. m. Exitus.

Sectionsbefund: Peritonitis. In der Blase ist ein kleines Loch. Die Peritonitis wäre also als durch in die Bauchhöhle gedrungenen Urin veranlasst zu betrachten.

3 Fall.

(237.) W. M., 41 Jahre alt, ledig. Menstruation mit 15 Jahren, regelmässig, stark, schmerzhaft 1 normale Geburt, 1 Forceps.

Symptome: Seit $^3/_4$ Jahren Ausfluss mit geronnenem Blut vermischt.

Untersuchung: Portio verdickt, derb, von bröckeligem Gewebe.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Operation: Totalexstirpation per vaginam am 17. VII. 01. Uterus wird median gespalten. Beide Hälften werden entfernt mit den rechten Adnexen und dem linken Ovarium. Linke Tube bleibt zurück. Es bleiben 12 Klammern liegen. Jodoformgazetamponade nach der Vagina zu.

18. VII. 39,2 °. Pat. ist sehr unruhig.

19. VII. Klammern entfernt. Tampon teilweise entfernt. Puls klein.

20. VII Morgens 38,6 °. Atmung erschwert. Hochlagerung. — Acid. benzoïc.

21. VII. Abdomen aufgetrieben.

22. VII. Puls klein und schlecht. Abdomen stärker aufgetrieben. Extremitäten kalt. Es tritt klebriger Schweiss auf. 11^h a. m. Exitus.

Sectionsbefund: Allgemeine Peritonitis.

Der 1. Fall scheidet aus der Berechnung aus, da die Patientin an einer interkurrenten Krankheit gestorben ist. Im zweiten Fall hat eine Nebenverletzung die Ursache zur Peritonitis abgegeben.

1 combinierte Totalexstirpation wegen Portiocarcinom. Tötl. Verlauf.

Der Fall ist folgender:

(243.) A. O., 59 Jahre alt, verheiratet seit 22 Jahren. Menstruation mit 17 Jahren, regelmässig, stark. 10 normale Geburten, 1 Wendung, 1 Fehlgeburt. Seit 7 Jahren Menopause.

Symptome: Seit 3 Jahren unregelmäss. Blutungen, Schmerzen im Kreuz.

Untersuchung: Von der vorderen Muttermundslippe geht ein höckeriger, wallnussgrosser, derber Tumor aus.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Operation: Combinierte Totalexstirpation am 11. XI. 98. Vaginelle Exstirpation des Uterus. Die Adnexe bleiben zurück. Es entsteht eine sehr starke Blutung, die von unten nicht gestillt werden kann. Deshalb Laparatomie. Umstechung der blutenden Stellen. Jodoformgazetamponade. Die Blutung steht noch immer nicht. Doppelte Tamponade. Compressionsverband. Es blutet immer noch. Jodoformgazetamponade von unten per vaginam. Es bleiben 5 Klammern liegen. Transfusion von 1000 gr Kochsalzlösung.

12. XI. Transfusion von 500 gr Kochsalzlösung. Kampherinjection. Champagner. Puls hebt sich. Schmerzen im Unterleib. Bauchhöhlentampon entfernt. Schluss der Bauchwunde durch Knüpfen der Silkwormfäden.

13. XI. Erbrechen. Klammern entfernt. Klystier.

14. XI. Erbrechen. Puls nicht mehr fühlbar. Extremitäten werden kalt. 8 h a. m. Exitus.

Sectionsbefund: Streptococcenperitonitis.

Hier ist wohl die wegen der Blutung notwendig gewordene feste Tamponade zum Verhängnis geworden, indem die Sekrete nur einen spärlichen Abfluss finden konnten.

B. Cervixcarcinom.

20 vaginelle Totalexstirpationen, darunter kein Todesfall.

1 abdominelle Totalexstirpation. Geheilt.

2 combinierte Totalexstirpationen, darunter 1 Todesfall.

Im Ganzen ergiebt sich eine Mortalität von 4,3 %.

Der Todesfall ist folgender:

(265.) B. O., 50 Jahre alt, verheiratet seit 26 Jahren Menstruation mit 18 Jahren, regelmässig. 2 normale Geburten. 4mal Forceps. 3 Fehlgeburten.

Symptome: Seit 4 Monaten Blutung. Abmagerung.

Untersuchung: In der Cervix fühlt man krümliche, leicht blutende Massen.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

Operation: Combinierte Totalexstirpation am 1. VIII 99. Vaginelle Entfernung von Uterus und Adnexen. Man kann verschiedenen Blutungen von unten nicht beikommen. Deshalb Laparatomie. Umstechungen und Anlegen von Klammern. Es bleiben 12 Klammern liegen. Jodoformgazedrainage der Peritonealhöhle nach der Vagina. Schluss der Bauchhöhle.

3. VIII. Klammern entfernt.

10. VIII. Pat. ist äusserst unruhig, hat Hallucinationen, schreit. Morphium subcutan. Tampon entfernt. 39,0 °.

12. VIII. Puls schlecht. — Cognac. — Decubitusgangrän auf dem Os sacrum. Sublimatumschläge.

15. VIII. Pat. unbesinnlich. — Atmung erschwert. Temp. morgens 36,0 °. 1 gr Trional. Bauchwunde ist geplatzt, eitert. Feuchter Verband. Puls wird klein und aussetzend. $8^1/_2$ h p. m. Exitus.

Sectionsbefund: Pelveoperitonitis purulenta.

Eine genügende Erklärung für den üblen Ausgang wird sich hier wohl schwer finden lassen.

C. Corpuscarcinom.

10 vaginelle Totalexstirpationen; dabei 1 Todesfall.

Es würde dies eine Mortalität von 10 % ergeben, doch kann eine so geringe Anzahl von Fällen keinen richtigen Massstab abgeben.

Es handelt sich um folgenden Fall:

(269.) U. M., 65 Jahre alt, 33 Jahre verheiratet, Witwe seit 17 Jahren. Menstruation mit 14 Jahren, regelmässig, schmerzhaft. Seit 15 Jahren Menopause. 9 normale Geburten, 1 mal Querlage-Wendung, 1 Fehlgeburt

Symptome: Seit 1 Jahr unregelmässige Blutungen und Ausfluss.

Untersuchung: Aus der Portio sieht ein bröckeliger, sehr leicht blutender Tumor heraus.

Diagnose: Carcinoma uteri.

Operation: Totalexstirpation per vaginam am 30. IX. 98. Entfernung von Uterus und rechten Adnexen. Linke Adnexe bleiben zurück. Im Fundus uteri sitzt ein ausgedehntes Zottencarcinom. Jodoformgazetamponade der Wundhöhle.

2. X Klammern entfernt. Tampon teilweise entfernt

4. X. Tampon vollständig entfernt. Uebelriechender Ausfluss. Lysolausspülungen. Temp. 39,1 °.

6. X. Puls sehr schlecht. Digitalisinfus.

7. X. Benommenheit. Puls schlecht. Temp. 39,5 °.

8. X. Kräfteverfall.

9. X. Exitus 9 h a. m.

Sectionsbefund: Lokale eitrige Peritonitis. Lungenembolie. Gehirnembolie.

Es kann nicht entschieden werden, ob die Patientin an der Peritonitis allein, zumal da sie lokal war, zu Grunde gegangen wäre.

2. combinierte Totalexstirpationen wegen Corpuscarcinom, die eine mit tötlichem Ende, nämlich

(278.) L. V., 56 Jahre alt, ledig.

Diagnose: Carcinoma uteri.

Operation: Combinierte Totalexstirpation am 13. V. 99. Kolpotomia anterior und posterior. Wegen der Enge der Vagina lässt sich der Uterus nicht auf diesem Wege entfernen. Deshalb Laparatomie. Entfernung von Uterus und Adnexen. Drainage der Bauchhöhle mit Jodoformgaze per vaginam. Schluss der Bauchwunde.

14. V. Exitus.

Todesursache: Herzcollaps.

Es ist also auch dieser Fall nicht zur Berechnung heranzuziehen.

D. Maligne Ovarialtumoren.

1 vaginelle Ovariotomie geheilt.

8 Ovariotomieen per laparatomiam, darunter 3 Todesfälle.

1. Fall.

(74.) M. G., 47 Jahre alt, ledig. Menstruation mit 17 Jahren, regelmässig. Eine normale Geburt.

Symptome: Seit 1 Jahr Vergrösserung des Abdomens. Abmagerung. Erbrechen.

Untersuchung: Das Abdomen ist ausgefüllt durch harte, knollige Tumoren, die wenig beweglich sind. Vom hinteren Scheidengewölbe aus

fühlt man einen harten, faustgrossen Tumor. Ascites. Oedem der Beine. Leibesumfang 111 cm.

Diagnose: Ovarialtumoren.

Operation: Ovariotomia per laparatomiam am 18. I. 98. Es fliesst reichlicher Ascites ab. Die Bauchhöhle ist ausgefüllt von 2 mächtigen Tumoren. Der eine zweimannskopfgrosse Tumor geht vom rechten, der andere über kindskopfgrosse geht vom linken Ovarium aus. Lösung der Tumoren aus den allseitigen Verwachsungen und Entfernung derselben. Gegen die Blutungen müssen ca. 60 Umstechungen gemacht werden. Eröffnung des Douglas von unten. Jodoformgazetamponade des kleinen Beckens nach der Vagina zu. Schluss der Bauchwunde.

Während der Operation Transfusion von 1½ l 0,6 % Kochsalzlösung. Autotransfusion. Kampheroel- und Aetherinjectionen

Gewicht der Tumoren 16 Pfund. Es handelt sich um Fibrosarcoma ovarii.

1½ Stunden nach der Operation Exitus.

Sectionsbefund: Disseminierte Tumormetastasen des Peritoneums. Metastasen im Magen. Fettige Degeneration des Herzens. Doppelseitiger Hydrothorax. Oedem des Gehirns und der unteren Extremitäten. Allgemeine Anaemie.

2. Fall.

(77.) F. M., 41 Jahre alt, verheiratet seit 16 Jahren. Menstruation mit 14 Jahren, regelmässig. 4 normale Geburten.

Symptome: Seit ½ Jahr Vergrösserung des Abdomens. Schmerzen im Bauch. Hochgradige Dyspnoe. Abmagerung. Appetitlosigkeit. Obstipation.

Untersuchung: Abdomen sehr stark aufgetrieben. Leibesumfang 120 cm. Ascites. Verschiedene Resistenzen zu fühlen z. B in der Nabelgegend eine kinderfaustgrosse Vorwölbung.

Diagnose: Wahrscheinlich maligne Ovarialtumoren.

Operation: Ovariotomia per laparatomiam am 1. XII. 99. Ablassen des Ascites. Vom rechten Ovarium geht ein mannskopfgrosser, vom linken ein kindskopfgrosser solider Tumor aus. Die beiden Tumoren werden entfernt. Aus der hinteren Vaginalwand und dem Beckenboden wird ein infiltriertes Stück mit der Scheere abgetragen. Die Partie ist mit der vorderen Rectalwand verlötet; es wird, um im Gesunden zu operieren, das Rectum eröffnet. Dabei entleert sich etwas Kot. Naht des Rectums Jodoformgazetamponade des kleinen Beckens und der Vagina. Schluss der Bauchwunde. — Es handelte sich um Ovarialsarcom.

3. XII. Tampon teilweise entfernt.

5. XII. Weiterer Teil des Tampons entfernt.

6. XII. Abends 38,7 °.

7. XII. Tampon vollständig entfernt. Einlegen eines T-Drains. Starke Sekretion.

10. XII. Entfernung des T-Drains.

15. XII. Meteorismus.

18. XII. Starker Durchfall.

19. XII. Durchfall besteht fort. Opiumsuppositorien. Thee mit Cognac. Bouillon.

20. XII. Kräfte verfallen rasch.

21. XII. 1 h a. m. Exitus.

Sectionsbefund: Peritonitis.

3. Fall.

(81.) T. R., 45 Jahre alt, verheiratet seit 11 Jahren. Menstruation mit 18 Jahren, regelmässig. 4 Geburten, davon 3 normal, 1 Forceps.

Symptome: Seit 1/2 Jahr Geschwulst im Abdomen. Kreuzschmerzen. Schmerzen beim Urinieren und bei der Defäcation.

Untersuchung: Rechts und hinten vom Uterus fühlt man einen über kindskopfgrossen, höckerigen Tumor, der vom Ovarium auszugehen scheint. Rechterseits Inguinaldrüsen stark vergrössert.

Diagnose: Tumor malignus ovarii dextri.

Operation: Ovariotomia per laparatomiam am 20. XI. 01. Der Tumor wird aus seinen Verwachsungen gelöst und entfernt. Das Drüsenpaket in der rechten Inguinalgegend wird exstirpiert. Beim Lösen der Darmverwachsungen wird der Darm an zwei Stellen eröffnet. Er wird in 3 Schichten mit Catgut genäht. Eröffnung des hinteren Scheidengewölbs. Jodoformgazetamponade des Douglas per vaginam herausgeleitet. Schluss der Bauchwunde. — Mikroskopische Untersuchung ergiebt Myxosacrom.

22. XI. Erbrechen. Kein Fieber.

23. XI. Erbrechen. Tampon entfernt. Einlegen eines T-Drains.

24. XI. Ileus. 2mal je 0,005 Morphium. Meteorismus. 2 hohe Einläufe. Kein Stuhlgang. Erbrechen hält an. Kochsalztransfusion. T-Drain entfernt. 12 1/2 h p. m.

Laparatomie.

Der Dünndarm ist stark gebläht bis zu der Stelle, wo genäht werden musste. Es wird ein ca. 8 cm langes Stück aus dem Darm reseciert. Vereinigung der Darmenden durch einen Murphyknopf. Schluss der Bauchwunde. Während der Operation 1 Kochsalztransfusion und mehrere Campherinjectionen. 1/4 Stunde nach der Operation Exitus.

Sectionsbefund: Allgemeine Peritonitis. Faustgrosse Metastasen an der Aorta.

Auch der 1. Fall ist nicht mitzurechnen, da eine Drainage gar nicht mehr zur Wirkung kam. Beim 2. u. 3. Fall wurde Darm eröffnet.

III. Chronische Entzündungen der Beckenorgane.

A. Salpingitis.

4 vaginell operierte Fälle. Alle geheilt.

6 vaginelle Totalexstirpationen. Alle geheilt.

8 per laparatomiam operierte Fälle, darunter 1 Todesfall.

Zusammen 5 1/2 % Mortalität.

(14.) T. G., 52 Jahre alt, verheiratet seit 25 Jahren. Menstruation mit 14 Jahren, regelmässig, schwach. Keine Geburt.

Symptome: Schmerzen im Unterleib, Kreuz und in der rechten Seite seit 2 Jahren, besonders bei der Arbeit und während der Periode. Appetit schlecht. Obstipatio chronica. Defäcation schmerzhaft. Bedeutende Gewichtsabnahme.

Untersuchung: Im Douglas ist ein grosser, harter, nicht scharf abgrenzbarer Tumor zu fühlen. Alle Organe verwachsen.

Diagnose: Salpingitis duplex. Ausgedehnte Pelveoperitonitis chronica adhaesiva. Kystoma ovarii sinistri.

Operation: Salpingotomia per laparatomiam am 22. XII. 00. Beide Adnexe sind in ausserordentlich derbe Schwarten eingebettet. Abtragung der rechten Adnexe. Auch die linken, bis zur Unkenntlichkeit entstellten Adnexe werden entfernt. Jodoformgazedrainage des kleinen Beckens durch das eröffnete hintere Scheidengewölbe.

23. XII. Gaze teilweise entfernt. Erbrechen.

24. XII. Gaze vollständig entfernt. Erbrechen.

26. XII. Puls und Temperatur normal.

28. XII. Erbrechen. Mittags 4 h Collaps. Extremitäten werden kalt. Puls wird klein. Nach Eröffnung der hinteren Scheidenwunde entleert sich fäculent riechende Flüssigkeit. 6¼ h p. m. Exitus.

Sectionsbefund: Perforation des Rectums in der Höhe des hinteren Scheidengewölbes. Peritonitis.

Der Fall ging wohl deshalb verloren, weil eine ausgiebige Drainage, die hier sehr am Platz war, zu spät erfolgt ist.

B. Pelveoperitonitis.

Kolpotomia posterior 5 Fälle. Alle geheilt.

1 Laparatomie, geheilt.

2 Totalexstirpationen, bestehend aus einer vaginellen geheilten und einer abdominellen mit tötlichem Ausgang.

(314.) M. R., 44 Jahre alt, verheiratet seit 23 Jahren. Menstruation mit 16 Jahren, regelmässig. 2 normale Geburten.

Symptome: Unregelmässige Periode. Schmerzen während der Periode.

Untersuchung: Sämtliche Genitalorgane sind verwachsen und fixiert. Beiderseits vom Uterus fühlt man prallelastische Tumoren.

Diagnose: Pelveoperitonitis. Kystoma ovarii utriusque.

Operation: Totalexstirpation per laparatomiam am 11. III. 01. Es finden sich die ausgedehntesten Verwachsungen. Mit grosser Mühe werden dieselben gelöst. Entfernung des Uterus mit den cystischen Adnextumoren. Es liegt allgemeine chronische Peritonitis vor. Jodoformgazetamponade des kleinen Beckens nach der Vagina. Schluss der Bauchwunde.

12. III. Puls 140. Temp. 37,4 °.

13. III. Klammern entfernt. Puls 142. Temp. 37,5 °.

14. III. Tampon entfernt. Puls 150. Temp. 37,4 °.

15. III. Temp. 37,0 °. Puls 160. 8 h p. m. Exitus.

Sectionsbefund: Fibrinöse Peritonitis.

IV. Eitrige Erkrankungen der Beckenorgane.

A. Pyosalpinx.

13 Laparatomieen, darunter 1 Todesfall.

13 Totalexstirpationen, nämlich { 9 vaginelle. Alle geheilt. / 4 abdominelle, dabei 1 Todesfall.

Die beiden Todesfälle sind:

1. Fall.

(28.) E. O., 32 Jahre alt, verheiratet seit 8 Jahren. Menstruation mit 14 Jahren, regelmässig, seit der Verheiratung schmerzhaft. Keine Geburt.

Symptome: Seit 2 Jahren Stechen im Unterleib.

Untersuchung: Beide Parametrien sind infiltriert.

Diagnose: Doppelseitige chronische Adnexerkrankung.

Operation: Salpingotomia per laparatomiam am 3. III. 00. Die unter sich, mit dem Uterus und den Därmen verwachsenen, einen ca. apfelgrossen Tumor bildenden rechten Adnexe werden abgetragen. Bei der Lösung ergiesst sich Eiter auf das Peritoneum. Die ebenfalls erkrankten linken Adnexe werden auch entfernt. Tamponade des kleinen Beckens mit Jodoformgaze, welche durch das eröffnete hintere Scheidengewölbe nach der Vagina herausgeleitet wird. Schluss der Bauchwunde. Es liegt vor: Pyosalpinx dextra, Oophoritis dextra, linksseitiger Tuboovarialtumor. Wahrscheinlich handelt es sich um Tubentuberculose.

4. III. Erbrechen.

5. III. Erbrechen. Abdomen aufgetrieben.

6. III. Abends 38,0 °.

7. III. Puls wird frequent. Temp. 39,4 °. 11½ h a. m. Exitus.

Sectionsbefund: Peritonitis infolge Rectumperforation. (Die Mastdarmwand war schon zur Zeit der Operation infiltriert und brüchig.)

2. Fall.

(296.) A. F., 29 Jahre alt, ledig. Menstruation mit 16 Jahren, unregelmässig, stark, schmerzhaft. 2 normale Geburten.

Symptome: Seit 4 Monaten ununterbrochene Blutung. Starke, krampfartige Schmerzen.

Untersuchung: Beide Adnexe stark verdickt und äusserst schmerzhaft. Uterus vergrössert.

Diagnose: Pyosalpinx duplex.

Operation: Totalexstirpation per laparatomiam am 11. XI. 01. Beiderseits besteht Pyosalpinx. Starke Verwachsungen. Entfernung von Uterus und Adnexen. Es bleiben 7 Klammern liegen. Bei der Lösung der linken Adnexe entleert sich Eiter in die Bauchhöhle, der sofort mit Schwämmen aufgetupft wird. Jodoformgazetamponade des Beckens durch die Vagina. Schluss der Bauchwunde.

12. XI. Erbrechen. Mattigkeit. — Transfusion. Champagner.

13. XI. Schmerzen im Leib. Erbrechen. Abdomen aufgetrieben. Temperatur 37,0°. Klammern entfernt. Tampon teilweise entfernt. 2 Transfusionen. Mehrere Campherinjectionen. Puls sehr schwach.

14. XI. Temperatur 36,9°. Puls sehr schlecht. Erbrechen. Transfusion. Campherinjectionen. $5^1/_2$ h a. m. Exitus.

Sectionsbefund: Allgemeine Peritonitis.

Es lässt sich nicht beurteilen, welchen Verlauf der erste Fall ohne Hinzutreten der Komplikation genommen hätte. Beim zweiten Fall wurde die Bauchhöhle während der Operation inficiert.

B. Pyoovarium.

6 Laparatomieen, dabei 1 Todesfall.

(41.) L. K., 27 Jahre alt, ledig. Menstruation mit 15 Jahren, unregelmässig, schwach, schmerzhaft. Keine Geburt.

Symptome: Seit $^3/_4$ Jahren Abmagerung, Durchfall, Appetitlosigkeit. Seit $^1/_2$ Jahr Geschwulst in der linken Bauchhälfte. Schmerzen im Bauch und beim Urinieren. Periode seit 7 Monaten ausgeblieben. Eiter im Stuhlgang. Nachtschweisse.

Untersuchung: Links vom Uterus fühlt man einen faustgrossen, harten, unbeweglichen, schmerzhaften Tumor, der ins grosse Becken hinaufreicht.

Diagnose: Pyoovarium sinistrum tuberculosum.

Operation: Ovariotomia per laparatomiam am 7. XII. 97. Bei der Ausschälung des Tumors wird eine für 2 Finger durchgängige, in der Höhe des zweiten Kreuzbeinwirbels sitzende Mastdarmfistel sichtbar. Es entleert sich übelriechender Eiter in die Bauchhöhle. Die Fistel wird geschlossen. Jodoformgazedrainage der Bauchhöhle durch das eröffnete hintere Scheidengewölbe per vaginam. Schluss der Bauchwunde. Während der Operation eine Kochsalztransfusion und eine Campherinjektion.

9. XII. Erbrechen. Aufstossen.

10. XII. Puls sehr frequent und klein. Pat. zerfällt im Gesicht.

11. XII. Erbrechen. Durchfall. Kleiner Puls. Transfusion.

12. XII. $8^3/_4$ h a. m. Exitus.

Sectionsbefund: Fibrinös-eitrige Peritonitis.

Infektion der Bauchhöhle während der Operation.

V. Tubarabort.

4 Fälle von Laparatomie: 3 per vaginam drainiert und geheilt.
1 nach Mikulicz drainiert und gestorben.

2 Fälle von Kolpotomia posterior, davon 1 geheilt, beim anderen nachträgliche Laparatomie und tötlicher Ausgang.

Die beiden Todesfälle sind:

1. Fall.

(110.) A. K., 31 Jahre alt, verheiratet seit 1 Jahr. Menstruation mit 17 Jahren, regelmässig, etwas schmerzhaft. Keine Geburt.

Symptome: Vor $^1/_2$ Jahr blieb die Periode 6 Wochen lang aus, dann

folgte mehrtägige Blutung. Nach weiteren 6 Wochen wieder mehrtägige Blutung. Nach 4 Wochen 10-tägige Blutung. Seitdem Periode wieder regelmässig, mittelstark, ohne Schmerzen. Auf der linken Bauchseite und auch rechts etwas bestehen Schmerzen.

Untersuchung: Rechts neben dem Uterus fühlt man einen kleinapfelgrossen, derben, wenig verschieblichen, schmerzhaften Tumor, ebenso links einen etwas kleineren Tumor.

Diagnose: Graviditas tubaria dextra.

Operation: Laparatomie am 12. XII. 98. Entfernung des rechten verwachsenen Adnextumors. Die rechte Tube ist mit Blutcoagulis gefüllt. Tampondrainage nach Mikulicz.

13. XII. Tampon entfernt. Es entleert sich eine Menge blutig gefärbter Flüssigkeit. Die vorher gelegten Silknähte werden geknüpft. Airolpaste.

14. XII. Morgens und abends Erbrechen. 37,5 °. Champagner.

15. XII. Abdomen leicht aufgetrieben. Abends Erbrechen von grünlichen Massen.

16. XII. Im Verlauf des Mittags wird der Puls sehr frequent. Pat. zerfällt im Gesicht.

Nachmittags 4 Uhr Eröffnung der Bauchhöhle von der hinteren Vaginalwand aus. Es entleeren sich einige Esslöffel blutiger Flüssigkeit. Einlegen eines T-Drains. Transfusion. Kampherinjection. Abends häufiges Erbrechen. Rapider Zerfall. Puls kaum mehr fühlbar.

17. XII. $2^1/_2$ h a. m. Exitus.

Sectionsbefund: Peritonitis.

2. Fall.

(37.) H. L., 26 Jahre alt, verheiratet seit 2 Jahren. Menstruation mit 18 Jahren, regelmässig. Keine Geburt.

Symptome: Schmerzen im Bauch und Kreuz. Periode 6 Wochen ausgeblieben. Seit 10 Tagen Blutung.

Untersuchung: An den rechten Adnexen fühlt man eine strangförmige Verdickung. Hinter dem Uterus befindet sich ein fluktuierender Tumor.

Diagnose: Graviditas tubaria dextra. Abort mit Hämatocele retrouterina.

Operation: Kolpotomia posterior am 28. III. 01. Bei Eröffnung des Douglas entleert sich eine Menge flüssigen Blutes von ungefähr 150 ccm. Die rechten Adnexe werden abgetragen und die Bauchhöhle mit sterilem Wasser ausgespült. Tamponade des Douglas mit Jodoformgaze, die per vaginam nach aussen geleitet wird. Es bleiben 2 Klammern liegen.

29. III. Klammern entfernt. Mehrmals Erbrechen.

30. III. Tampon teilweise entfernt. Aufstossen, Erbrechen. Loslösen einiger verklebter Darmschlingen von der Vagina aus.

31. III. Erbrechen. Aufstossen. Da alle angewandten Mittel erfolglos bleiben, entschliesst man sich zur Laparatomie.

Die vorliegenden Dünndarmschlingen sind stark gebläht. Mehrere sind

mit schwartigem, gelbweissem Belag bedeckt. Eine Abknickungs- oder Verschlussstelle ist nirgends auffindbar.

Durch Einstechen wird viel flüssiger und gasförmiger Darminhalt entleert. Darmnaht. Jodoformgazetamponade des Douglas per vaginam abgeleitet. Schluss der Bauchwunde. Zwischen die Nähte werden wegen Berührung der Bauchdecken mit Darminhalt mehrere Jodoformgazebäuschchen eingeschoben, die der Fascie aufliegen. Während der Operation 800 ccm. Kochsalzlösung subcutan. Unmittelbar nach der Operation 2 Spritzen Kampher.

1. IV. Kampher subcutan, Klystiere.

2. IV. Erbrechen. Abdomen aufgetrieben. Stündlich ein Klystier. Eisbeutel. Kataplasmen.

3. IV. Zweimal Stuhlgang. Kein Erbrechen. Husten. Trachealrasseln.

4. IV. Atmung erschwert. Cyanose. Eitriger Auswurf.

5. IV. Steigeruug von Atemnot u. Cyanose. $1^1/_2$ h p. m. Exitus.

Sectionsbefund: Diffuse eitrige Peritonitis. Lobuläre Pneumonie.

Bei dem ersten Fall hat sich die Tampondrainage nach Mikulicz als ungenügend erwiesen und das spätere Ableiten des Sekrets per vaginam konnte den Fall nicht mehr retten.

VI. Abdominelle Extrauteringravidität.

1 Kolpotomia posterior, später Laparatomie. Tötlicher Ausgang.

(108.) M. R., 38 Jahre alt, verheiratet seit 14 Jahren. Menstruation mit 17 Jahren, regelmässig, stark. 2 normale Geburten.

Symptome: Nachdem die Periode 7 Wochen ausgeblieben war, traten krampfartige Schmerzen im Unterleib auf. Zugleich Vergrösserung des Abnomens. Letzte Periode vor $3^1/_2$ Monaten.

Untersuchung: Die ganze untere Bauchgegend ist kugelig vorgewölbt durch einen mannskopfgrossen, fluktuierenden, schmerzhaften Tumor. Am Tumor sind deutlich pulsierende Gefässe zu konstatieren.

Diagnose: Extrauteringravidität.

Operation: Kolpotomia posterior am 11. V. 00. In der mit Blut gefüllten Höhle fühlt man deutlich einen Foetus mit nach abwärts gestelltem Kopf. Nachdem das Blut abgeflossen ist, wird die Wendung auf die Füsse gemacht und der noch lebende Foetus extrahiert. Er ist 460 gr. schwer und 29 cm lang. Sofort nach der Extraktion steht die Blutung. Der Fruchtsack wird intakt gelassen. Die Nabelschnur wird möglichst hoch oben abgeschnitten. Die Fruchtsackhöhle wird auf das Exakteste mit Jodoformgaze bis zum Introitus vaginae tamponiert.

21. V. Tampon teilweise entfernt.

25. V. Tampon vollständig entfernt. Leicht übelriechende, blutig gefärbter Ausfluss. 3 mal täglich Lysolausspülungen.

26. V. Die Placenta wird durch die Vaginalöffnung manuell gelöst, was nur in Fetzen möglich ist. Starke Blutung. Jodoformgazetamponade. Die Blutung steht nicht.

Laparatomie.

Die blutenden Gefässe werden unterbunden. Tamponade des kleinen Beckens mit Jodoformgaze nach der Vagina zu. Schluss der Bauchwunde.

Während der Operation Campherinjection und Transfusion von 500 ccm 0,6 % Kochsalzlösung. 1 Stunde nach der Operation Exitus.

Todesursache: Verblutung.

Auch dieser Fall endlich kann nicht in Berechnung gezogen werden, da die Todesursache mit der Drainage in keiner Beziehung steht.

Betrachten wir nun nochmals die Mortalität, wie sie sich, auf die einzelnen Krankheitsgruppen berechnet, stellt, so finden wir bei den Operationen wegen gutartiger Tumoren auf 117 Operationen 11 Todesfälle. Von den letzteren gehen 2 ab, nämlich Nr. 307 (Tod an Verblutung) und 188 (Tod an Miliartuberculose). Es ergiebt sich also für diese Gruppe eine Mortalität von 7,6 %.

Operationen wegen maligner Tumoren sind es 79 mit 10 Todesfällen, von denen aber 3 abzuziehen sind: Nr. 218 (Tod an interkurrenter Krankheit), Nr. 278 (Tod durch Herzkollaps) und Nr. 74, wo die Drainage gar nicht mehr in Wirkung treten konnte. So stellt sich hier die Mortalität auf 8,8 %.

Wegen chronischer Entzündungen wurden 26 Operationen mit 2 Todesfällen aufgeführt. Die Mortalität beträgt 7,6 %.

Aus 32 Operationen wegen eitriger Erkrankungen ergiebt sich eine Mortalität von 9,3 %.

Ziehen wir also nun von den insgesamt 29 Todesfällen, die 6 für die Berechnung auszulassenden Fälle ab (es kommt zu den 5 oben angeführten Fällen noch ein auszuscheidender Todesfall an Verblutung bei abdominaler Extrauteringravidität Nr. 108), so stehen 309 Operationen 23 Todesfälle gegenüber, was eine Gesamtmortalität von 7,4 % bedeuten würde.

Wenn wir aber endlich, um alle jene Fälle auszuschalten, wo die Drainage der bestimmende Faktor für den tötlichen Ausgang sicherlich nicht war, nur solche Fälle in Betracht ziehen, bei denen man für die Ursache der tötlichen Peritonitis keine Erklärung zu finden vermag, so kommen noch weitere 12 Fälle in Wegfall, nämlich 5 Fälle, bei welchen während der Operation Eiter oder infektiöses Gewebsmaterial mit der Bauchhöhle in Berührung kam: bei Operationen wegen Myom 2 mal, Nr. 198 und 149, einmal

war bei diesen Operationen schon vorher eine Infektion vorhanden: Nr. 180. Der Dünndarm wurde verletzt bei einer Myomoperation Nr. 182 und einer Operation wegen maligner Ovarialtumoren Nr. 81. Eine Rectumperforation trat ein bei einem Fall von Pyosalpinx Nr. 28 und einem Fall von malignen Ovarialtumoren Nr. 77. Bei einer Totalexstirpation wegen Portiocarcinom Nr. 223 ereignete sich eine Blasenperforation. In 2 Fällen bestand schon vor der Operation eine chronische Peritonitis, nämlich bei einem Myomfall, Nr. 205, und einem Ovarialkystomfall, Nr. 56. Schliesslich findet sich noch ein Fall, eine Totalexstirpation wegen Carcinoma corporis uteri, Nr. 269, bei welcher der Obduktionsbefund: Lungenembolie, Gehirnembolie und lokale Peritonitis lautet. Da eine lokale Peritonitis doch Aussichten auf Heilung bietet, werden wir wohl auch diesen 13. Fall abzuziehen haben.

Nun würden also auf 296 Operationen 10 Todesfälle kommen und die Mortalitätsziffer würde auf diese Weise sich nur auf 3,3 % stellen.

Diese 10 Todesfälle werden wohl von den Gegnern des Drainierens als Folgen der Drainage angesehen werden. Wir aber sind der festen Ueberzeugung, dass wir bei den angeführten Operationen, wenn die Drainage unterblieben wäre, entschieden mehr Todesfälle zu verzeichnen hätten und dass eine Drainage nach den eingangs erwähnten Indikationen und zu dem ebendort angeführten Zweck durchaus am Platze ist.

Litteratur-Verzeichnis.

(Nach den Namen der Autoren in alphabetischer Reihenfolge geordnet.)

1. **Bantock, G.,** London, Ueber Drainage bei Ovariotomie. Brit. med. Journal 1877 Sept. 29. Referat im Centr. für Gynäk. Nr. 19. 1877.
2. **Bardenheuer,** Dr., „Die Drainirung der Peritonealhöhle. Cöln 1881.
3. — Prof. Dr., Mitteilungen aus dem Kölner Bürgerhospital. 1887.
4. **Beckhaus, Fritz,** Ueber den Nutzen der Drainage nach der Ovariotomie. Göttingen 1874.
5. **Boisleux, M. Ch.** in Paris, Ueber Drainage des Douglas'schen Raumes. 1894.
6. **Bulius.** Hegar-Kaltenbach, Operative Gynäkologie. Herausgegeben von Hegar. 1897.
7. **Burckhard,** Dr. **Georg,** Ueber Drainage nach Laparatomieen. Aus der Königl. Universitätsfrauenklinik Würzburg. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 46. Band. 2. Heft. 1901.
8. **Chassaignac, E.,** Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical. Paris 1859.
9. **Delbet, P.,** Paris. Experimente und Betrachtungen über die Drainage des Peritoneums. Annal. de Gynécologie 1890. Ref. im Centr. f. Gyn. 1890 Nr. 42.
10. **Fritsch, H.,** Die Krankheiten der Frauen. Leipzig 1901.
11. **Füth,** Dr. **R.,** Zur Drainage der Bauchhöhle. Centralbl. für Gynäk. 1901. Nr. 7.
12. **Gilette,** Drainage des Douglas'schen Raumes bei Peritonitis. Journ. de Méd. et de Chir. 1878 p. 189. Ref. im Centr. f. Gynäk. 1878 Nr. 11.
13. **Gubarew,** Ueber Drainage der Bauchhöhle. Russ. Zeitschr. für Geburtsh. u. Gynäk. Bd. IX. Nr. 3. Ref. in der Monatsschr. für Geburtsh. u. Gynäk. 1897. Bd. V. p. 64.
14. **Heinricius, G.,** Om den profylaktiska drainagen af peritonealhalan vid ovariotomi. Kliniska och experimentela iakttagelser. Finska läkaresällsk. handl. 28. 4—6. p. 203—244. 1886. Ref. in Schmidts Jahrbüchern 1887 Bd. 215 p. 41.
15. **Hofmeier,** Grundriss der gynäkologischen Operationen. Leipzig und Wien 1892.
16. — Schröder-Hofmeier, Weibliche Geschlechtsorgane. Leipzig 1898.
17. **Huschenbett, Philipp,** Ueber die Verwendung der Drainage bei Laparatomieen. Halle 1897.
18. **Jaboulay,** Lyon, Peritoneale Eiterungen nach dem Mastdarm drainiert. Lyon méd. 1898 Mai 29. Ref. im Centr. f. Gynäk. 1899 Nr. 14.
19. **Kaltenbach.** Hegar u. Kaltenbach, Operative Gynäkologie. 1886.

20. **Kehrer, F. A.,** Kapillardrainage der Bauchhöhle. Heidelberg 1881.
21. **Keith,** Edinburg. Diskussion über intraperitoneale Behandlung von Unterleibsgeschwülsten. Brit. med. Journ. 1881, Oct. 1. p. 549. Ref. im Centr. f. Gyn. 1881 Nr. 25.
22. **Keseberg, Alexander,** Zwei Fälle von Exstirpatio totalis uteri superior mit Drainage der Peritonealhöhle. Bonn 1881.
23. **Küstner,** Lehrbuch der Gynäkologie. Jena 1901.
24. **Lande,** Ueber Drainage der Bauchhöhle bei Laparatomieen. Aus Dr. Sängers Privatfrauenklinik in Leipzig. Archiv für Gynäk. Bd. 36, 3. Heft 1889. Ref. im Centr. f. Gynäk. 1890. Nr. 5.
25. **Löhlein,** Veit'sches Handbuch der Gynäkologie I. p. 58. 1897.
26. **Martin,** Die Drainage bei peritonealen Operationen. Vortrag. 1882.
27. — Die Krankheiten der Eierstöcke. p. 848. 1899.
28. **Mikulicz,** Dr. **J.,** Ueber die Totalexstirpation des Uterus. Wien. med. Wochenschr. 1880 Nr. 47 ff. 1881 Nr. 1 ff.
29. — Prof., Ueber Anwendung der Antisepsis bei Laparatomie mit besonderer Rücksicht auf die Drainage der Peritonealhöhle. Langenbecks Archiv. Bd. 26. 1881.
30. — — Ueber die Ausschaltung toter Räume aus der Peritonealhöhle. Vortrag. 1887.
31. **Mosetig von Moorhof,** Prof. Dr., Bericht des k. k. Krankenhauses Wieden vom Solarjahre 1877. Im Auftrag des hohen Ministeriums veröffentlicht durch die Direction des Krankenhauses. Wien 1878. Ref. in Schmidts Jahrbüchern.
32. **Moulonquet,** Die Vaginaldrainage bei Laparatomieen. Arch. prov. de chir. 1894 Nr. 5. Ref. im Centr. f. Gyn. 1894. Nr. 50.
33. **Noble, Charles, P.,** Drainage versus radical operation in the treatment of large pelvic abscesses. Chicago 1896.
34. **Nussbaum,** von Prof., Die Drainagierung der Bauchhöhle und die intraperitonäale Injection. Centr. f. Chir. 1874. Ref. in Schmidts Jahrbüchern. 1874. 163. Band.
35. **Olshausen, R.,** Ueber Anwendung der Drainage durch die Bauchhöhle bei der Ovariotomie nebst Bericht über 25 Operationen. Halle 1876.
36. — Veit'sches Handbuch der Gynäkologie II. 1897. p. 628 u. 710.
37. **Ott, D.,** St. Petersburg, Die Drainage nach Laparatomie. Experimentelle Untersuchung. Medicinsky Westnik 1878. Nr. 51. 52.
38. **Peaslee,** Ovariengeschwulst mit Ascites, Operation, Heilung. Amer. Journ. Jan. 1856. Ref. in Schmidts Jahrb. 1856. Bd. 91.
39. **Penrose,** Bingham. Die Drainage in der Chirurgie des Unterleibs. Journ. of the Amer. med. assoc. 1890. Febr. 22. p. 264. Ref. im Centr. f. Gyn. 1890. Nr. 48.
40. **Perrier, F.,** D'un procédé de drainage péritonéo-vaginal pouvant remplacer le Mikulicz abdominal. Lyon 1901.
41. **Pfannenstiel.** Veit'sches Handbuch der Gynäkologie III, 1. p. 480.
42. **Piskacek.** Sitzung der geburtshilfl.-gynäk. Gesellschaft in Wien am 6. März 1888. Ref. im Centr. f. Gyn. 1889, Nr. 4.

43. **Pozzi.** Traité de Gynécologie clinique et opératoire. 1897.
44. **Price.** Die Drainage in der Chirurgie des Unterleibs u. Beckens. Med. news 1890. März 15. p. 271. Ref. im Centr. f. Gyn. 1890. Nr. 48.
45. **Reichel,** Dr. Beiträge zur Aetiologie und chirurgischen Therapie der septischen Peritonitis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1889.
46. **Rodriguez, J.,** L'incision du cul-de-sac postérieur et du drainage parautérin dans les suppurations et hématomes pelviens. Paris 1895.
47. **Rosthorn**, von. Veit'sches Handbuch der Gynäkologie 1898 III. 2. p. 152.
48. **Schatz,** Prof. Interessante Fälle aus der gynäkologischen Klinik zu Rostock. Arch. f. Gynäk. IX. 1. p. 115. 3. p. 485. 1876. Ref. in Schmidts Jahrbüchern. Bd 171 p. 261.
49. **Schröder,** Prof. Ueber die Drainage des Douglas'schen Raumes bei der Ovariotomie. Erlangen 1875. Sitzung der physikalisch-medizinischen Sozietät zu Erlangen.
50. **Seeligmann,** Dr., Frauenarzt in Hamburg. Ueber die Drainage nach Laparotomieen mit schweren Komplikationen. Deutsche Medizin. Wochenschr. 1899. Nr. 39.
51. — Ueber die Drainage der Bauchhöhle nach Laparotomie. Centralbl. f. Gynäk. 1901. Nr. 20.
52. **Senn, Nicholas.** The indications and modes of drainage after abdominal and vaginal section. Chicago 1896.
53. **Spiegelberg, Otto.** Drainage u. Stiel bei Ovariotomie. Berlin 1874.
54. **Stühlen, Karl.** Die Drainage des Peritoneums bei Peritonitis. Strassburg 1890.
55. **Tait, Lawson.** On the treatment of pelvic suppuration by abdominal section and drainage. London 1880.
56. **True, A.,** Traitement chirurgical de la péritonite. 1886.
57. **Veit.** Handbuch der Gynäkologie III, 2 II. 1899. p. 814.
58. **Wegner,** Dr. Chirurgische Bemerkungen über die Peritonealhöhle mit besonderer Berücksichtigung der Ovariotomie. Langenbecks Archiv Bd. 20. 1876.
59 **Wiedow,** Dr. Drainage der Bauchhöhle und das Bauchspeculum 1884.
60. **Witzel, O.** Ueber die Erfolge der chirurgischen Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis und der peritonealen Sepsis. Deutsche Mediz. Wochenschrift 1888.
61. **Wollenweber, Julius.** Die Drainage der Bauchhöhle bei der Ovariotomie. Erlangen 1875.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, meinen hochverehrten Lehrern, Herrn Professor Dr Döderlein für die gütige Ueberlassung des Themas und Materials und Anleitung zur Ausarbeitung und Herrn Professor Dr Winternitz für die liebenswürdige Unterstützung bei der Arbeit gebührenden Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Unterzeichneter ist geboren am 3. November 1877 zu Reutlingen als Sohn des jetzigen Präsidenten des Landgerichts Stuttgart von Sieber. Er besuchte das Kgl. Karlsgymnasium in Stuttgart von Herbst 1886 bis Juli 1896, wo er das Abiturientenexamen bestand. Er studierte von W.S. 1896/97—S.S. 1898 in Tübingen und bestand im August 1898 dort die ärztliche Vorprüfung. Von W.S. 1898/99—S.S. 1899 besuchte er die Universität Freiburg i. B. und von W.S. 1899/1900—S.S. 1900 die Universität Berlin. Sodann studierte er von W.S. 1900/01—S.S. 1902 wieder in Tübingen, machte im W.S. 1902/03 ebenda das medizinische Staatsexamen und erhielt seine Approbation als Arzt am 19. März 1903. Vom 15. April 1903 bis 1. Juli 1903 war er Volontär an der chirurgischen Abteilung des Augusta-Hospitals Berlin und ist seit 1. Juli 1903 dortselbst Assistent.

Heinrich Sieber.